BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENRI PLON,
IMPRIMEUR DE L'EMPEREUR
RUE GARANCIÈRE, 8.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

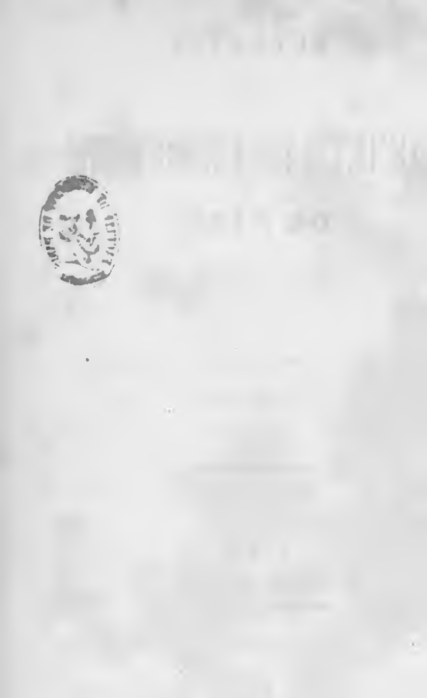
PENDANT L'ANNÉE 1861.

DEUXIÈME SÉRIE

TOME DEUXIÈME.

PARIS
VICTOR MASSON ET FILS
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1862



TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES,

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.

A

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES AUTEURS.

G

H

J

K

L

M

O

P

R

S

T

V

FIN DE LA TABLE DES AUTEURS.

NOMINATIONS.

Membres honoraires.

MM. Cazeaux, 129.
Deguise, 74.
Michon, 246.

Membres titulaires.

MM. Blot, 587.
Foucher, 174.
Trélat, 353.

CORRESPONDANTS

Nationaux.

MM. Azam, 736.
Bourgeois, 736.
Closmadeuc, 736.
Philippeaux, 736.
Raimbert, 736.
Silbert, 736.
Tholozan, 736
Thore, 736.

Étrangers.

MM. Berend, 736.
Esmarch, 736.
Macleod, 736.
Michaelis, 736.
Piachaud, 736.
Rizzoli, 736.

DÉCÈS.

MM. Ammon (de Dresde), 717.
Gély (de Nantes), 95.

MM. Riberi (de Turin), 717.
Scrive, 617.

Paris. — Typographie de Henri Plon, imprimeur de l'Empereur, rue Garancière, 8.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

DE

CHIRURGIE DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE.

Séance annuelle du 9 janvier 1861.

Présidence de M. Marjolin.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

M. LEGOUEST, secrétaire annuel, donne les conclusions du rapport de la commission chargée d'examiner les thèses envoyées pour le prix Duval.

Messieurs,

Le docteur Jacques-René Duval, membre de l'Académie de médecine, de l'ancien Collége et de l'ancienne Académie royale de chirurgie, a fait don par testament à la Société de chirurgie de Paris, dont il était membre honoraire, d'une somme destinée à fonder un prix annuel de 100 francs, donnés en livres à l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année.

Dépositaire des traditions scientifiques du grand concile chirurgical du siècle dernier, feu Duval a voulu les perpétuer parmi nous, et léguer à sa famille, qui nous est chère à plus d'un titre, et aux amis de l'art, celles des bienfaits envers la société et des encouragements aux jeunes travailleurs.

D'après la volonté du donataire, chacune des thèses ne doit traiter que d'un seul sujet : elles doivent s'appuyer sur des observations recueillies dans un service d'hôpital, et renfermer les indications bibliographiques les plus complètes et les plus précises.

Les docteurs en médecine ayant rempli les fonctions d'interne titulaire dans les hôpitaux civils français, ou des fonctions analogues

dans les hôpitaux de l'armée de terre ou de la marine, sont seuls admis à prendre part au concours, qui reste ouvert du 1[er] janvier au 31 décembre de l'année courante.

Les thèses qui vous ont été adressées cette année ne sont ni moins nombreuses ni moins remarquables que celles qui vous ont été envoyées dans le cours des années précédentes.

La commission qui vous en a rendu compte a vivement regretté que nos modiques ressources ne nous permissent pas de distribuer plus largement les distinctions méritées par les travaux qu'elle a eu à examiner ; tout en signalant la valeur des thèses présentées au concours de l'année 1860, elle a dû se borner à vous demander de restreindre vos suffrages à deux d'entre elles :

En 1[re] ligne, celle de M. le docteur Cavasse, ancien interne des hôpitaux de Paris, intitulée : *Essai sur les fractures traumatiques des cartilages du larynx.*

En 2[e] ligne, celle de M. le docteur Dubarry, ancien interne des hôpitaux de Paris, intitulée : *Recherches sur la cataracte.*

En conséquence, M. le président annonce que le prix Duval est accordé à M. le docteur Cavasse, et une mention honorable à M. le docteur Dubarry.

M. LE PRÉSIDENT fait le compte rendu des travaux de l'année qui vient de s'écouler.

Messieurs et chers Collègues,

Dix-huit mois se sont écoulés depuis que, grâce à votre bienveillance, j'ai été appelé à l'honneur insigne de présider vos réunions. Dans cette période de temps inusitée, au milieu de tous les faits qui se sont produits, et dont chaque année, aux termes de notre règlement, le président doit présenter le compte rendu, il en est un qui par son importance doit être cité avant tous, c'est le décret impérial du 29 août 1859, par lequel la Société de chirurgie a été reconnue d'utilité publique. Je croirais d'ailleurs manquer à mon devoir et à vos intentions, si je ne profitais de cette séance solennelle pour remercier publiquement les personnes dont le concours énergique et soutenu nous fut si utile dans cette mémorable circonstance.

Vous dire comment, après dix-sept années entièrement consacrées à des études sérieuses, à des publications périodiques considérables, une Société, composée de chirurgiens connus par leurs travaux ou leur enseignement, n'avait pu conquérir un titre que tant d'autres sociétés avaient si facilement obtenu, ce serait revenir sur des détails qui, bien qu'assez piquants, ne peuvent trouver leur place ici;

qu'il vous suffise de savoir que parmi les objections faites à notre demande, il y en avait deux principales.

On nous reprochait, comme une chose très-fâcheuse pour l'intérêt de la science, de nous occuper exclusivement de chirurgie, en nous disant que cette direction imprimée à nos travaux devait tôt ou tard ramener cette division si fâcheuse qui jadis avait existé entre les médecins et les chirurgiens. En vain, votre commission exposait-elle dans sa demande combien cette crainte était peu fondée. Cela s'était dit, répété en haut lieu, et avait fini par être accueilli comme une vérité.

Ce n'est pas tout, une accusation bien autrement sérieuse et des plus graves avait surgi : on allait jusqu'à dire qu'une fois la Société de chirurgie reconnue d'utilité publique, elle élèverait ses prétentions jusqu'à vouloir porter ombrage à l'Académie. C'était, vous me l'avouerez, bien peu connaître l'esprit de notre Société, que de nous prêter de semblables intentions; nous avions, il est vrai, une ambition, mais c'était celle de bien faire. Quant à essayer de porter atteinte à un corps aussi justement célèbre et aussi universellement considéré, jamais pareille idée n'était entrée dans la pensée d'aucun de nous.

Ce n'était donc pas, comme vous le voyez, une œuvre si facile que la conquête de ce titre si ardemment désiré; et bien que soutenus par le ministre de l'instruction publique, qui rendait une entière justice à nos efforts, nous eussions cette fois encore échoué, sans le concours énergique de MM. Conneau et Larrey. Grâce à leur persévérance, la vérité fut enfin connue, et dès lors l'Empereur, éclairé sur l'équité de notre demande, la laissa parvenir au conseil d'État. Telles ont été, Messieurs, les difficultés qu'il a fallu surmonter pour arriver à cette situation nouvelle, qui, constituant la Société de chirurgie sur des bases plus larges et plus durables, lui donne une nouvelle force, mais lui impose aussi d'immenses obligations.

Vous verrez, du reste, dans l'instant, par le simple relevé des travaux de l'année, avec quelle ardeur la Société a répondu à cette haute marque d'encouragement.

Pendant ces dix-huit mois 170 communications, 21 rapports lus et discutés, attestent suffisamment de votre zèle ; si aujourd'hui nous nous bornons à un simple chiffre, c'est qu'il a bien son éloquence, et que d'ailleurs il nous serait impossible d'entrer dans le détail de tous les faits, encore moins de les analyser.

Tant de travaux n'eussent pas cependant atteint le but que nous nous sommes proposé, celui de l'avancement de la science, si nos discussions étaient restées resserrées dans les limites de cette enceinte; heureusement elles ont été recueillies avec un soin extrême

par MM. Depaul et Legouest, et la Société s'unira, je pense, de grand cœur à son président, pour les remercier de leur active collaboration.

Comme preuve de l'intérêt de vos séances, je puis dire que non-seulement cette année de nombreux extraits de vos travaux ont été publiés dans divers recueils scientifiques, mais de nouveaux organes de la presse en ont donné un compte rendu régulier. Enfin votre comité de publication, redoublant d'ardeur, a successivement fait paraître, avec le tome X des procès-verbaux, plusieurs travaux inédits, puis deux fascicules de mémoires, ce qui nous fait espérer que d'ici à peu le tome V sera terminé.

En même temps que votre publicité prenait, grâce à l'activité de notre secrétaire général M. Broca, une plus grande extension, des relations nouvelles s'établissaient avec des sociétés nationales et étrangères, et votre bibliothèque, déjà riche par le choix des ouvrages qu'elle renferme, s'augmentait encore par les offrandes de plusieurs d'entre vous.

Nous aurions pu, pour cette année, nous regarder comme très-heureux de tout ce qui avait été offert à la Société, lorsqu'un don d'une valeur inestimable lui a été fait par MM. Houel et Marx. C'est à leur libéralité que nous devons de pouvoir placer aujourd'hui dans nos archives un des documents les plus précieux et les plus intéressants de la chirurgie moderne, tous les cahiers d'observations rédigés par les internes de Dupuytren. Certes, pour notre honorable confrère M. Marx, qui avait été un de ses élèves le plus sincèrement attachés, il n'a fallu rien moins, pour qu'il se dessaisît de ce précieux legs fait au lit de mort, que la conviction que nulle part ces précieux manuscrits ne seraient accueillis avec plus de respect qu'au sein d'une société au milieu de laquelle il retrouvait bon nombre de condisciples et d'amis, fiers comme lui d'avoir été élèves de l'homme de génie qui porta si loin la gloire de la chirurgie française.

Que les donateurs de ces recueils si chers à tant de titres reçoivent aujourd'hui les témoignages publics de notre reconnaissance : nul doute qu'un jour, en relisant tous ces travaux rédigés par des élèves studieux et jouissant aujourd'hui d'une réputation justement méritée, nous ne trouvions encore bon nombre de documents d'un mmense intérêt pour l'histoire de la chirurgie.

Lorsqu'une société n'a d'autre mobile que l'amour de la science, elle en reçoit bientôt une vive impulsion, et insensiblement, attirant à elle tout ce qu'il y a d'hommes amis du progrès, elle devient un centre où viennent converger toutes les questions les plus importantes. Il n'est donc pas surprenant que cette année, comme les pré-

cédentes, vos travaux renferment bon nombre de communications appartenant à des correspondants nationaux et étrangers.

Telle est, du reste, Messieurs, la considération attachée aujourd'hui à ce titre, que bien souvent vos commissions se sont trouvées embarrassées, tant la liste de présentation était nombreuse, et lorsque cette année, à la suite du scrutin, nous proclamions comme correspondants nationaux les noms de MM. Dieulafoy, Perrin, Putégnat, Reybard et Rochard, la Société exprimait ses regrets de ne pouvoir, pour le moment, disposer d'un plus grand nombre de places en faveur de candidats recommandables par des titres sérieux. La commission chargée de faire son rapport sur les candidats étrangers devra sous peu vous présenter une nouvelle liste, et vous verrez qu'elle renferme aussi plus d'un nom très-honorablement connu.

Durant le cours de cette année, MM. Monod et Maisonneuve ayant demandé à devenir membres honoraires, la Société a dû pourvoir à la nomination de deux membres titulaires. En présence des nombreux candidats qui se présentaient, la Société a procédé aux élections avec un véritable recueillement. Plus la lutte était vive, plus chacun de nous y prenait d'intérêt et sentait qu'il ne devait disposer de sa voix qu'après mûre réflexion. A chaque scrutin les voix restèrent longtemps partagées ; puis une fois ce vote connu, les nombreuses marques de sympathie adressées à ceux qui cette fois n'étaient pas parvenus, durent leur prouver que si la victoire avait été si chèrement disputée, c'est que leur mérite seul l'avait longtemps rendue indécise. Qu'ils ne perdent donc pas courage, qu'ils continuent à rester fidèles au culte de la science, et bientôt à leur tour ils porteront ce titre auquel ils aspirent.

Une place de titulaire vient d'être déclarée vacante, et la demande du titre d'honoraire, tout récemment faite par M. Deguise, doit nécessairement, dans un temps plus ou moins rapproché, rendre disponible une seconde place.

A l'occasion de ces trois mutations de titres, faites à des intervalles aussi rapprochés, n'est-il pas à craindre, chers Collègues, que si la Société se laissait entraîner trop facilement sur cette pente, il n'en résultât quelques inconvénients? Cela est tellement vrai que, dans la prévision de semblables demandes, qui ne cachent que trop souvent une retraite réelle, les fondateurs avaient inséré dans leurs statuts que nul membre titulaire ne pourrait échanger ce titre contre celui d'honoraire qu'après un certain nombre d'années révolues ; et ils avaient ajouté, pour rendre cette mutation moins facile, qu'elle ne pouvait avoir lieu qu'après un vote spécial de la Société.

Les prix décernés par les sociétés savantes sont d'autant plus recher-

chés qu'ils sont plus difficiles à obtenir, et lo nombre des compétiteurs indiquant quelle valeur on attache à une récompense purement honorifique, nous dirons avec une bien vive satisfaction que chaque année nous voyons croître le chiffre des thèscs adressées pour le concours du prix Duval.

Quelque modeste que soit cet encouragement, il n'en est pas moins acquis que beaucoup de jeunes docteurs, au sortir de l'internat, sont heureux d'entendre leurs thèses honorablement proclamées dans cette enceinte. Depuis cinq annécs ce concours a excité une noble émulation, et nul doute qu'avec le temps il ne prenne encore plus d'importance.

Enfin, Mcssieurs, pour me conformer au texte de notre règlement, je vous dirai de suite, pour ce qui est de nos finances, que si nous ne sommes pas aussi richcs que nous devons le souhaiter, nos comptes, grâce à l'excellente gestion de notre trésorier, sont parfaitement en ordre, et nous n'avons qu'à nous louer de la manière dont ils ont été tenus.

Jusqu'à ce moment, Messieurs, tout n'a été que prospérité pour nous, et si j'insistais sur ce qui nous était arrivé d'heureux, c'était pour retarder le moment pénible où j'aurais à vous entretenir des pertes si regrettables que la Société a faites dans le cours de cette année; non, jamais, je le crois, la mort n'avait fait dans nos rangs d'aussi nombreuses victimes.

Parmi les associés étrangers, le premier dont la Société eut à déplorer la perte fut le professeur Regnoli, de Florence, qui succombait le jour même où son nom était proclamé ; peu après, c'était Arendt, de Saint-Pétersbourg; Textor, dont le nom se rattache d'une manière si brillante à l'histoire des résections; puis, comme si cette liste était trop courte, bientôt après il nous fallait encore y inscrire un nom bien cher à la science, celui de Vrolik, d'Amsterdam.

Si, à tant de noms illustres, vous ajoutez encore ceux de Chaumet, de Bordeaux, de Saurel, de Montpellicr, et de Tarsile Valette, tous enlevés dans la force de l'âge, dans la plénitude du talent, vous voyez que j'avais bien raison de vous dire que ma tâche aurait un côté bien pénible ; elle a été encore plus amère, lorsque j'ai dû, au nom de vous tous, prononcer les dernières paroles d'adieu sur la tombe de celui qui avait été pour nous tous un collègue aimé, et pour moi particulièrement un maître ct un véritable ami ; notre honorable secrétaire général vous exposera tout à l'heure tout ce que fit Lenoir dans une carrière trop souvent interrompue par la maladie, et bien que dans cet éloge, écrit par unc main savante, nous devions trouver retracée, avec l'ensemble de ses travaux, l'esquisse du caractère et

des qualités de notre regrettable collègue, permettez-moi, à titre de reconnaissance, de vous entretenir quelques instants de lui.

Lenoir a été un des hommes de notre époque qui résumait le plus en lui les qualités du vrai chirurgien, *consilio manuque peritus*.

Le talent de la dissection et des connaissances approfondies en anatomie l'avaient naturellement conduit à la perfection dans l'art d'opérer; mais il savait aussi que la perfection de la chirurgie consiste à savoir s'arrêter à temps et à ne pas chercher à obtenir l'impossible; aussi habile opérateur que personne, ce n'était donc pas la difficulté qui l'arrêtait, mais la crainte de condamner le malade à une souffrance inutile.

Tel fut, avec un amour passionné pour la vérité, joint à une excessive douceur, le caractère dominant de notre collègue.

Lenoir avait été l'ami de nous tous et le maître de plusieurs d'entre nous. Désirant dans ses derniers moments nous réunir dans un même souvenir, il voulut que sa bibliothèque fût partagée entre la Société anatomique et la Société de chirurgie. Telle fut sa dernière intention, qu'il traça d'une main défaillante dans les rares instants de repos que la douleur lui laissait. Nous avons accueilli avec un douloureux attendrissement cette dernière volonté de notre ami, et bientôt une tablette commémorative, placée dans la salle de nos réunions, perpétuera le souvenir de cette donation précieuse.

Successivement, chers collègues, nous avons repassé ensemble les faits les plus importants qui ont eu lieu cette année dans le sein de la Société, et ma tâche serait terminée si je n'avais encore quelques paroles à vous adresser; je réclamerai donc une dernière fois pour quelques instants votre bienveillante attention.

Le but que nous nous sommes tous proposé a été la recherche de la vérité dans la science; comment y arriver, si ce n'est en recueillant avec soin un grand nombre de faits, en les comparant entre eux de manière à baser sur des chiffres notre règle de conduite? Si on ne suit pas cette méthode, il est tout à fait impossible de démêler la vérité au milieu d'une foule d'opinions bien souvent contraires et soutenues par des hommes de talent. Il me suffirait pour appuyer cette proposition de faire un simple appel à vos souvenirs, et de mentionner seulement les discussions sur le bec-de-lièvre et les amputations du membre inférieur.

Cette nécessité de la statistique, puisqu'il faut le dire, est tellement indispensable, en chirurgie surtout, que dans toutes les grandes villes d'Europe on trouve dans la plupart des hôpitaux des relevés de ce genre qui plus d'une fois ont été invoqués dans cette enceinte comme autant de documents scientifiques faisant autorité. Une seule ville,

Paris, en manquait, lorsque, par une heureuse inspiration, M. le directeur de l'administration générale des hôpitaux vient de prendre l'initiative d'une mesure dont nous sentions tous la nécessité. En présence d'une semblable détermination, qui peut avoir un immense résultat dans l'avenir, n'est-il pas de notre devoir, à nous qui avons pris pour devise : Vérité dans la science et moralité dans l'art, de lui prêter un loyal concours? Pouvons-nous d'ailleurs mieux faire que de suivre les conseils de l'ancienne Académie royale de chirurgie? Or ce que je viens de vous dire est en grande partie extrait de la préface mise en tête de ses Mémoires; en prenant pour guide un pareil modèle, je ne crois pas, chers collègues, que nous nous écartions de la voie que nous nous sommes proposée; jusqu'à ce jour l'amour du travail et de la vérité nous a soutenus, continuons donc à persévérer dans une ligne de conduite constamment signalée par de nouveaux succès.

M. LEGOUEST, secrétaire annuel, lit l'Éloge historique de L. J. Bégin, membre honoraire de la Société.

MESSIEURS,

J'ai toujours pensé que la Société de chirurgie, en m'admettant dans son sein, avait rendu plutôt hommage à la médecine militaire que justice à mon propre mérite : aussi considéré-je comme un devoir de vous parler aujourd'hui d'un homme qui pendant plus de quarante ans a servi la science et son pays sous l'habit du chirurgien d'armée; qui fut un des élèves préférés de Dupuytren et remplaça Larrey dans la hiérarchie militaire; qui dans sa jeunesse, pour me servir d'une expression devenue célèbre, fut un savant et un soldat, et qui plus tard sut allier à cette double qualité l'habileté et le savoir d'un administrateur éminent : j'ai nommé M. Bégin.

Jalouse de compter dans ses rangs toutes les illustrations chirurgicales et d'éclairer ses travaux du reflet des gloires de notre art, la Société de chirurgie avait conféré à M. Bégin le titre de membre honoraire. Cette distinction, à laquelle il attacha le plus grand prix, il la reçut aux derniers jours de sa carrière officielle qui furent aussi les derniers jours de sa vie. Voilà pourquoi nous n'avons jamais vu siéger M. Bégin parmi nous : la mort ne lui permit pas d'exécuter le projet qu'il avait conçu de quitter chaque année la campagne où il s'était retiré pour venir au milieu de ses collègues de l'Académie retremper son esprit dans les sources scientifiques avec eux si souvent explorées, et réchauffer son cœur au foyer d'affections qu'il avait inspirées à ses amis. Nous l'eussions vu, reposé de ses longs travaux, retrouver dans notre Compagnie l'ardeur qui signala ses

débuts dans la carrière : ceux d'entre nous qui ne le connaissaient que par ses écrits eussent admiré l'animation, la simplicité et l'élégance de sa parole ; tandis que les maîtres dont la présence en cette enceinte rehausse l'importance de nos assemblées et relie les célébrités futures à celles du présent et du passé eussent encore aimé applaudir un des leurs. Et nous, médecins de l'armée, nous eussions salué avec respect, avec émotion, le vieux chef qui fut un ami pour quelques-uns, un guide pour le plus grand nombre et pour tous un appui. C'était là notre espérance ; mais nous avions compté sans l'imprévu, et nous avions oublié que l'heure du repos ne sonne qu'une fois pour les hommes de la trempe de celui dont je vais essayer de vous retracer la vie.

Louis-Jacques Bégin naquit à Liége le 2 novembre 1793, de parents français qui avaient émigré avec la famille de Maupas. Une circonstance étrange signala sa naissance : Bégin vint au monde dans un tel état de faiblesse, qu'il fut considéré comme mort par ceux qui le reçurent, et qu'il passa presque sans transition du sein de sa mère au cercueil. Son père, revenant au foyer domestique qu'il avait quitté depuis quelques jours, apprend en même temps la naissance et la mort de son fils : il veut voir son enfant; il le prend dans ses bras, le débarrasse de son linceul et croit sentir que la chaleur ne l'a pas complétement abandonné. Il cherche à le ranimer ; il s'y applique avec un effort soutenu par l'espoir du succès : enfin la chaleur reparaît, avec elle la circulation; l'enfant respire et le père lui a donné une seconde fois la vie. Bégin racontait volontiers cet épisode de son entrée dans le monde, et souvent il en prenait texte pour combattre la pratique des inhumations précipitées.

Les parents de Bégin rentrèrent en France vers 1795 et se fixèrent à Metz : le père avait été nommé courrier de la malle-poste de Metz à Mayence et trouvait dans cet emploi, jadis fort lucratif, de quoi subvenir aux besoins de sa famille toujours croissante, lorsqu'il perdit sa place, mit son petit avoir dans une entreprise malheureuse de messagerie et fut ruiné sans retour. La gêne voisine du dénûment dans laquelle Bégin passa sa première jeunesse fait assez pressentir que son instruction fut plus que négligée; il avait cependant été envoyé à Hombourg pour y apprendre l'allemand, mais il lisait avec beaucoup plus de plaisir les ouvrages français et se montrait fort curieux de livres d'histoire et de voyages. Lorsque vint l'époque où, pour ne plus être à charge aux siens, il lui fallut choisir un état, il déclara qu'il voulait être peintre : on prit l'avis d'un vieux médecin, ami de la famille, qui décida que Bégin, alors âgé de quinze ans, devait être chirurgien, et le conduisit à l'hôpital militaire, où il le

présenta au chirurgien en chef M. Ibrelisle. A peine Bégin était-il entré dans les salles de malades que, pris d'un sentiment de pitié et de dégoût, il s'enfuit à toutes jambes, se promettant bien de ne plus revenir. Il revint cependant, ramené par l'impérieuse nécessité, et subit avec peine la difficile initiation d'un art où il devait se distinguer et comme opérateur et comme anatomiste.

Pendant trois ans, Bégin suivit avec assiduité les cours de l'hôpital d'Instruction de Metz, suppléant par le travail particulier à l'irrégularité d'un enseignement qu'entravait souvent le départ des professeurs appelés à suivre les armées en campagne. Il se livrait avec ardeur à l'étude de l'anatomie qu'il enseignait à ses condisciples, lorsqu'il fut nommé chirurgien-sous-aide au 1er corps d'observation de l'Elbe, le 6 mars 1812. Il partit et rallia bientôt cette grande armée qui devait arriver à Moscou presque sans coup férir, voir brûler le Kremlin, et revenir de la victoire comme d'une défaite, laissant derrière elle une longue traînée de morts ensevelis sous la neige. Bégin passa aux ambulances de la garde impériale le 8 juillet de la même année, à Vilna : il emporta ce poste d'assaut. Larrey, tout en recherchant pour la garde les chirurgiens les plus instruits et les plus zélés, ne voulait les y admettre qu'avec des aptitudes physiques bien constatées et un équipage qui leur permît un service actif : il acceptait Bégin, serviteur dévoué et des plus capables, mais il refusait son cheval, monture assez misérable. Le jeune sous-aide se rend au bivouac du chirurgien en chef et proteste de l'excellence de son cheval, le meilleur de toute l'armée. Larrey résiste : « Mais, monsieur le baron, s'écrie Bégin fondant en larmes, on va croire que j'ai démérité; vous me déshonorez! — Allons, fit Larrey, ému de cette explosion de douleur, soyez des nôtres. » Il se joignit alors à cette pléiade de jeunes hommes dont les noms devaient tous être connus un jour : Zink, Desruelles, Jourdan, Boisseau, Ducamp, et plus tard Sanson aîné, qu'il rencontra pour la première fois le 1er mai 1813, la veille de la bataille de Lutzen, et avec qui dès alors il se lia d'une étroite amitié.

Je ne suivrai pas Bégin dans toutes ses campagnes; comme vous, Messieurs, j'ai hâte d'arriver à cette époque de sa carrière où il entra de plain-pied dans la science : je me bornerai à rappeler que, licencié en 1814, il rentra dans les ambulances de la garde impériale en 1815, et qu'après Waterloo, il se réfugia derrière la Loire avec les débris de nos armées, partagea la réprobation qui, de héros la veille, fit des brigands le lendemain, et fut licencié une seconde fois en 1816. Il vint à Paris pour y continuer ses études, et passa durement l'hiver de 1816 à 1817 : sa demi-solde, qui s'élevait à 33 francs par mois,

l'empêchait de mourir de faim, mais ne lui permettait pas de remplacer sa culotte de nankin par un vêtement plus chaud. Réintégré en 1817, d'abord à Strasbourg, puis au Val-de-Grâce où il obtint les prix de fin d'année, il fut nommé aide-major à l'hôpital de Metz en 1819. Mais Bégin, que la fortune avait mis en rapport direct avec les deux hommes qui dominaient alors le monde médical, attiré à Paris par ses hautes relations scientifiques, quittait bientôt son poste, se faisait provisoirement attacher au gymnase médical du colonel Amoros, et sollicitait son maintien définitif dans la capitale. Broussais, trouvant en lui un organe de ses doctrines, certifiait que « Bégin était » malade et ne pouvait retourner à Metz »; Dupuytren écrivait au ministre de la guerre « pour le prier de sanctionner la présence à » Paris du jeune chirurgien avec lequel il publiait la Médecine opé- » ratoire de feu l'illustre Sabatier ». A bout de démarches vaines, Bégin se faisait mettre en traitement de réforme et restait à Paris, avec une femme bientôt mère, une allocation annuelle de 450 francs et la fièvre du travail. Il avait déjà refait sa première éducation et avait acquis une instruction littéraire et scientifique qui de primesaut l'avait placé au rang des écrivains les plus élégants et les plus judicieux. C'est très-certainement pendant cette période de sa vie que Bégin a le plus écrit. De 1822 à 1826, il fit paraître, en collaboration avec Sanson et sous les yeux de Dupuytren, la nouvelle édition du *Traité de la médecine opératoire*, de Sabatier; sa thèse pour le doctorat, refondue dans un ouvrage plus considérable ayant pour titre . *Application de la doctrine physiologique à la chirurgie;* les *Nouveaux éléments de chirurgie et de médecine opératoire ;* les additions au *Traité de la taille*, par Deschamps; les *Principes généraux de physiologie pathologique;* un *Traité de thérapeutique,* rédigé suivant les principes de la nouvelle doctrine médicale; tous les articles *de chirurgie* et *d'art obstétrical* du *Dictionnaire abrégé des sciences médicales ;* un *Mémoire sur la gymnastique médicale et sur les déviations du rachis*. Cette féconde activité, qui lui faisait publier en quatre ans la valeur de douze ou quinze volumes, lui permettait encore de rédiger les *Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires,* de se lancer dans d'ardentes polémiques, d'adresser des mémoires aux sociétés savantes, des critiques et des analyses aux journaux scientifiques du temps. Ces nombreuses et remarquables productions scellaient définitivement sa réputation d'écrivain, que plusieurs articles très-étendus du *Dictionnaire des sciences médicales* et les additions au *Traité des maladies des yeux* de Scarpa avaient brillamment et prématurément inaugurée.

Rappelé au service en 1826, Bégin fut nommé démonstrateur d'a-

natomie au Val-de-Grâce. A partir de cette époque, sa carrière militaire ne fut plus interrompue et suivit une progression régulière. De 1826 à 1842, Bégin, qui ne s'était livré qu'accidentellement à l'enseignement oral, s'y consacra avec un succès égal à celui que lui avaient valu ses écrits. Il publiait cependant encore, dans cette période si occupée, une seconde édition de *Sabatier Dupuytren*, et de ses *Nouveaux éléments de chirurgie et de médecine opératoire;* un *Mémoire sur l'ouverture des collections purulentes et autres développées dans l'abdomen; sur l'œsophagotomie; sur quelques maladies graves de l'anus et du rectum; sur l'hémorrhagie à la suite de l'opération de la taille et sur un moyen efficace d'y remédier;* un grand nombre d'articles importants dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

Il terminait avec Sanson aîné le *Mémoire sur une manière nouvelle de pratiquer l'opération de la pierre*, dont Dupuytren leur avait légué l'achèvement.

Il rééditait, sous le titre de *Traité de physiologie pathologique*, les principes généraux qu'il avait jadis exposés, faisait à l'Académie de médecine d'intéressantes communications, lisait devant l'Académie des sciences un *Mémoire sur la résection de la mâchoire inférieure considérée dans ses rapports avec les fonctions du pharynx et du larynx*, participait toujours à la rédaction des *Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, et collaborait avec M. Velpeau à celle des *Annales de la chirurgie française et étrangère*. Ai-je tout dit? Non, Messieurs! Nous verrons tout à l'heure qu'il s'occupait encore de l'organisation et du fonctionnement du service de santé de l'armée.

Nommé chirurgien inspecteur, membre du conseil de santé des armées en remplacement du baron Larrey, Bégin quitta l'enseignement en 1842.

Ses nouvelles fonctions firent ressortir avec plus d'éclat les aptitudes administratives dont il avait déjà donné des preuves multipliées, et permirent de mettre plus directement au service du bien public et de l'armée la vaste étendue de ses connaissances. Dans cette dernière phase de sa carrière, médecin d'armée, il publia les *Études sur le service de santé militaire en France;* académicien, il prit part aux graves discussions que soulevèrent les plus hautes questions d'hygiène et de morale publiques; celles de la peste et des quarantaines, de la syphilisation, de la surdi-mutité, celle enfin de l'avortement provoqué pendant la grossesse, qu'avait posée à l'Académie notre collègue Lenoir.

Dans sa jeunesse, Bégin avait inséré un grand nombre d'articles biographiques sur les chirurgiens anciens et modernes dans la *Bio-*

graphie médicale; homme mûr, il rendit les derniers hommages à ses maîtres et à ses amis Fodéré, Goupil, Broussais, Larrey, Sanson, Ribes, Jourdan, dans des discours qui peuvent être cités comme des modèles d'élévation de pensée et de bien-dire.

Vous le voyez, Messieurs, physiologie, médecine, chirurgie, hygiène, littérature académique, furent également et simultanément abordées par Bégin.

Dès son entrée dans la carrière, avide d'ordre et de principes, il sentit le besoin d'une discipline scientifique, il chercha une base pour ses études, un guide pour assurer ses premiers pas dans la voie de la vérité. A cette époque, Pinel et Bichat avaient tous les deux ramené les esprits vers l'observation de la nature : le premier, en fondant sa classification des maladies sur leurs phénomènes les plus saillants en même temps que sur le siége des altérations pathologiques; le second, en rendant la pathologie solidaire de la physiologie normale. Leurs travaux, succédant à ceux de Haller, de Morgagni, de Bordeu et de Chaussier, avaient préparé cette doctrine nouvelle qui proclamait qu'en médecine comme dans toutes les autres sciences, la théorie doit être le résultat des faits réduit en principes. Esprit d'une logique inflexible, Bégin fut séduit tout d'abord par la rigueur mathématique de cette proposition, et lorsque l'imposant génie de Broussais revisa toutes les doctrines médicales et les soumit à l'examen pour les combattre, il fut un des premiers et un des plus fervents disciples de la nouvelle école. Comment n'eût-il pas subi l'ascendant d'un réformateur qui non-seulement s'imposait à la jeunesse, facilement crédule et excitable, mais encore aux médecins mûris par l'âge et l'expérience, à la foule convaincue et charmée? Interprète des idées du maître qui ne les avait pas encore explicitement formulées, Bégin, à l'âge où l'on balbutie à peine les éléments de la science, développa dogmatiquement les bases sur lesquelles se fondait la médecine physiologique. Si l'irritation fut présentée par le néophyte comme la clef de voûte de l'édifice médical; si toute ontologie pathologique, tout fléau épidémique furent, par lui, rayés à tort de la nosologie et ralliés aux lésions inflammatoires, il est juste de reconnaître que, mieux appréciés, les signes des maladies furent rapportés à chacun des organes souffrants, et que l'étude des troubles fonctionnels éclairée par le flambeau de la physiologie fut substituée à l'étude abstraite des symptômes fondée seulement sur les phénomènes extérieurs. L'accord ne fut pas constant entre le maître et le disciple : le premier, oracle constitué comme tous les fondateurs de théories, ne voyait que l'erreur au delà de ses doctrines et s'indignait de les entendre discuter; le second, habitué

à faire usage de sa raison, n'abjurait pas son indépendance intellectuelle et proposait avec une fermeté respectueuse, à ce que le dogme avait d'absolu, les sages correctifs de l'expérience dégagée des préventions personnelles.

Ces temps, Messieurs, sont déjà loin de nous : au bruit des luttes soutenues par l'école qu'on nommait alors l'école du Val-de-Grâce, a été bercée toute une génération médicale qui depuis s'est endormie sur le mol oreiller de l'éclectisme. Quoi qu'il eu soit, tous les écrits de Bégin out conservé l'empreinte indélébile de ses premiers errements : partout on y retrouve le dédain des abstractions et la recherche des démonstrations fondées sur les enseignements de la pratique et sur le raisonnement.

Bégin, entraîné vers la chirurgie par ses tendances positives, devait encore rencontrer sur ce terrain un homme marqué du sceau du génie et qui personnifiait en lui la science chirurgicale telle que les progrès de l'art l'avaient faite à travers les siècles. Il fut présenté à Dupuytren par Sanson et ne tarda pas à se concilier son estime et son amitié. Dupuytren préparait alors un traité de médecine opératoire ; mais une immense pratique et des occupations multiples, le soin d'une renommée que répandait au loin le bruit de sa chaire incessamment retentissante, l'absorbaient tout entier et le détournaient d'écrire. Il jeta les yeux sur ces deux jeunes hommes jadis compagnons d'armes, alors émules de savoir, et leur remit les premières feuilles de son travail qu'il refondit avec eux dans une édition de la Médecine opératoire de Sabatier. Le jeune chirurgien militaire était devenu le collaborateur du premier chirurgien de son temps, et devait désormais en épouser si intimement les idées, que la signature du maître illustra plus d'une fois les productions de l'élève.

L'œuvre chirurgicale de Bégin ne consiste pas seulement dans la restitution de l'actualité scientifique à quelques traités spéciaux : elle est inscrite dans tous les dictionnaires qu'enfanta le besoin de synthèse qui caractérise la première moitié du siècle, dans des mémoires étendus, dans ses Nouveaux éléments de chirurgie et de médecine opératoire. Aperçu rapide de l'état de la science à l'époque où il vit le jour, ce dernier ouvrage, dédié à la mémoire de Dupuytren, est sans doute l'expression des idées de ce grand praticien sur les points de chirurgie qui n'ont pas été traités dans ses leçons orales, idées que ses élèves seuls ont eu le bonheur de recueillir. On y rencontre une exacte appréciation des doctrines et des faits les plus anciens comme les plus modernes ; et si l'inflammation y joue le rôle que devaient faire prévoir les principes formulés par l'auteur dans un précédent ouvrage, l'Application de la doctrine physiologique à la

chirurgie, beaucoup de vérités, qui paraissent aujourd'hui si évidentes qu'elles semblent avoir toujours eu cours, y sont exposées avec la simplicité, la clarté et la concision qui font le charme de tous les écrits de Bégin. Il s'est montré, dans ses préceptes, tout aussi préoccupé des moyens médicaux propres à prévenir les opérations que de ceux qui doivent en préparer et en assurer le succès.

Dans les nombreux articles, dans les mémoires dont Bégin a enrichi les dictionnaires et les recueils périodiques, la netteté et le logique enchaînement des idées marchent de pair avec le bon sens scientifique : qu'il traite de l'ouverture des collections de liquides dans l'abdomen, il préfère l'emploi toujours sûr de son bistouri à la marche aveugle des caustiques; qu'il s'occupe de l'œsophagotomie, dépassant les limites posées avant lui, il trace pour cette opération des règles assez précises pour permettre la recherche des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, alors même qu'ils ne peuvent être sentis et servir de guides au chirurgien. Toujours prêt à tirer des faits qui se présentent à son observation des inductions utiles, il donne, dans une consultation à laquelle il assiste auprès de Talma, le conseil de pratiquer un anus anormal dans les cas, jusque-là nécessairement mortels, où les rétrécissements de la partie inférieure du tube digestif ne peuvent être dilatés ou détruits, et il en fait plus tard le point de départ d'un mémoire sur quelques maladies graves de l'anus et du rectum. Armé de l'expérience acquise sur les plus vastes champs de bataille, il apporte à la tribune académique le résultat mûri de ses observations sur les divers traitements applicables aux plaies par armes à feu.

On parcourrait, Messieurs, tout le domaine de la chirurgie, que l'on y trouverait en tous lieux la trace de Bégin, résumant ici les opinions de ses devanciers, là présentant les siennes, apportant partout l'appoint de son érudition, de sa pratique et de son jugement. Peut-être a-t-il encouru ce seul reproche, d'avoir dans ses écrits présenté la chirurgie avec une simplicité trop grande, lui qui savait si bien en apprécier les difficultés. Mais, ennemi des moyens termes, il pensait que les sciences ne peuvent faire de progrès réels qu'à l'aide d'idées arrêtées, et il considérait les formules précises, qu'elles fussent justes ou erronées, comme le seul terrain propre à la lutte d'où sortirait la vérité triomphante.

Bégin avait au plus haut degré les qualités du professeur et du clinicien. Nommé chirurgien en chef et premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, il prit possession de son poste au moment même où la Faculté de médecine demandait la création d'une chaire de médecine opératoire et de clinique chirurgicale. Sa

haute réputation le désignait au choix de la Faculté comme le plus digne d'occuper cette place : il fut nommé à cet emploi par collation directe, et professa avec éclat après les Flamant et les Lobstein, diamants de ce précieux écrin scientifique auquel la Faculté de Strasbourg ajoute chaque jour de nouvelles richesses.

Un savoir longuement élaboré, un tact chirurgical exquis, une sûreté de diagnostic peu commune, des connaissances anatomiques profondes, une rare habileté d'opérateur, l'initiative et ce que l'on peut appeler l'agression chirurgicale, la fermeté des convictions, le charme d'une élocution à la fois souple et nerveuse, surent attirer et fixer autour de lui un nombreux auditoire d'élèves et de docteurs, tant français qu'étrangers : il se vit bientôt entouré, comme son maître Dupuytren, d'une jeunesse avide de ses leçons. Prompt à saisir le côté saillant de la physionomie des faits, il avait le rare talent d'intéresser toujours ses auditeurs, quelque sujet qu'il traitât. Il imprimait à son enseignement une direction essentiellement pratique : impartial et clairvoyant, se défiant de certaines illusions scientifiques qui souvent font prendre la singularité du langage, l'agitation ou la brusque déviation des voies tracées, pour le progrès, il était de ceux qui examinent, jugent et n'adoptent les choses nouvelles que lorsque le temps, les faits, l'expérience, la raison, les ont consacrées.

Jamais il ne quittait un malade sans formuler un diagnostic, sans instituer un traitement; s'il hésitait, il provoquait en même temps la pensée et les recherches de ses auditeurs; mais généralement il se prononçait avec assurance, parce qu'il pensait que la jeunesse a besoin de foi vive et d'espérances, de voies faciles ou de guides paraissant toujours sûrs de leur route.

Bégin rendait en illustration à la Faculté de médecine de Strasbourg l'honneur qu'il en avait reçu; il s'était fait le propagateur de la chirurgie française au delà du Rhin; il dotait l'Alsace et les provinces de l'Est de chirurgiens formés à son école; il popularisait son nom dans toute une contrée qui garde encore aujourd'hui religieusement sa mémoire, quand il fut appelé à remplacer au Val-de-Grâce, comme chirurgien en chef et premier professeur, le vénérable M. Gama.

Patrie nouvelle, amis déjà vieux, clients dorés, toge universitaire, il quitta tout pour suivre sa carrière de prédilection. Les regrets qu'il emporta ne furent pas moins vifs et moins honorables que ceux qu'il laissa derrière lui; ses collègues de la Faculté lui décernèrent le titre de professeur honoraire, et ses élèves lui offrirent une mé-

daille commémorative de son enseignement. Glorieux et touchants hommages de l'estime et de la reconnaissance publiques.

Le second séjour de Bégin au Val-de-Grâce ne fut pas de longue durée : Larrey, voulant revoir la terre où sa gloire était née, était allé inspecter nos possessions d'Afrique; mais, succombant sous le faix, il devait ne plus revenir, et laisser vide au conseil de santé des armées la place que Bégin fut appelé à remplir. Le conseil ne pouvait se recruter d'un choix plus heureux que celui du chirurgien en chef du Val-de-Grâce, et cette école ne pouvait à son tour faire une perte plus sensible et plus regrettable.

Depuis 1842, Bégin prit une part active aux travaux des savants conseillers et collaborateurs de l'administration centrale de la guerre; honoré de la confiance de plusieurs ministres, il fut appelé dans les hautes commissions qui eurent à organiser le service de santé, plusieurs parties de celui des subsistances et du matériel de campement.

C'est à lui que nos chirurgiens doivent les nombreuses ressources qu'ils possèdent aujourd'hui dans les hôpitaux et en campagne. Animé du même esprit de simplification que Percy et Larrey, il travailla longtemps à former cet arsenal de chirurgie que l'on peut admirer aujourd'hui au musée du Val-de-Grâce, que la plupart des puissances de l'Europe ont imité et qu'il considérait comme un de ses plus beaux titres de gloire. Il perfectionna l'organisation des ambulances, ébauchée par Percy et véritablement fondée par Larrey, et composa l'approvisionnement chirurgical des caissons aujourd'hui en usage, et dont chacun renferme les médicaments, le linge et les appareils nécessaires à 2,000 pansements de toute nature.

Je laisse de côté les travaux qu'il a faits en commun avec ses éminents collègues : Régime du soldat en garnison et en campagne, Instruction pour les opérations du recrutement, Organisation des infirmeries régimentaires, Mesures hygiéniques pour la rentrée de l'armée d'Orient, Alimentation des troupes par les viandes conservées, Propagation de la vaccine dans l'armée, Création de gymnases militaires, Règles de l'application thérapeutique de l'électricité d'induction, travaux dont le titre seul annonce l'importance, et qu'il ne m'appartient pas d'apprécier; mais je ne saurais passer sous silence les services rendus par Bégin comme organisateur du corps qu'il représentait si dignement.

Le corps de santé de l'armée se relevait à peine des ruines qu'en avait fait depuis l'an IV de la République une série de dispositions réglementaires dépourvues de bases législatives, se modifiant, se contredisant et s'annulant les unes les autres, lorsque la loi du

19 mai 1834 sur l'état des officiers fit cesser la situation qui résultait pour lui de la négation ou de la reconnaissance incomplète de son caractère militaire dans l'armée. Malgré la dépression où l'avait maintenu le régime administratif dans cette longue période, il avait largement payé sa dette à la patrie et à l'humanité sur tous les champs de bataille; et les savants, tels que Desgenettes, Coste et Broussais; Sabatier, Percy, Larrey, Saucerotte et Heurteloup; Parmentier et Sérullas, classés dans l'armée parmi les gérants du matériel et de la manutention, avaient cependant été adoptés par les facultés, par l'Académie de médecine et par l'Institut. A cette époque, l'enseignement dans les hôpitaux militaires d'instruction n'était pas régulièrement ordonné; la durée du séjour des élèves aux écoles n'était pas fixée; les cours manquaient d'une répartition méthodique et progressive. C'est d'après les vues de Bégin que furent réorganisés les hôpitaux d'instruction de Lille, de Metz, de Strasbourg et de Paris; c'est aussi de ces écoles si souvent et si injustement attaquées que sortirent bon nombre d'hommes distingués. Ne parlerai-je que des morts, Malle, Lacauchie, tous deux chirurgiens et anatomistes? Pourquoi ne nommerais-je pas les vivants, Michel Lévy, Sédillot, Hippolyte Larrey, dût leur modestie demander compte aux mânes d'un de leurs maîtres de la célébrité qu'ils ont acquise? Pourquoi ne puis-je citer encore les noms de tous ces chirurgiens d'ambulance qui, depuis trente ans, ont porté dans toutes les parties du vieux monde les principes de la civilisation et les bienfaits de notre art dans les plis de nos drapeaux victorieux?

Lorsque, en mai 1848, un acte du pouvoir souverain replaça le corps des officiers de santé militaires sur ses véritables bases, une lutte ardente s'établit entre un grand nombre de ses membres et les fonctionnaires qui semblaient tenir à honneur de le conserver sous leurs ordres. L'autorité, la convenance et l'à-propos qui avaient signalé à l'attention publique la brochure écrite sous le nom du colonel Cerfberr, par une plume trop exercée pour n'être pas reconnue, disparurent de la polémique et furent remplacés par des libelles aussi nombreux que divergents dans les propositions, où les injures, adressées également à la haute administration et à la hiérarchie la plus élevée du corps médical de l'armée, perdirent la cause qu'elles croyaient servir. Dans ces circonstances, Bégin crut utile de ramener les esprits à l'étude des conditions d'existence et de fonctionnement du corps médical de l'armée, et fit paraître, avec l'adhésion de ses collègues du conseil de santé, ses Études sur le service de santé militaire en France. Remarquable d'indépendance, de discussion sobre, péremptoire et jamais offensante, cette œuvre, mûre-

ment élaborée, ne fut pas appréciée à sa juste valeur et fut à peine lue par ceux qu'elle intéressait le plus; elle était trop sérieuse pour son époque. Seuls quelques esprits d'élite en comprirent toute la portée et jugèrent qu'elle devait servir de base à la défense des principes essentiels de la réorganisation de la médecine militaire. Bégin ne vit pas s'accomplir les réformes qu'il avait préparées : c'est en vain qu'il se fit l'interprète, auprès du souverain, des vœux du corps dont il était le chef et le vétéran; c'est en vain qu'il fut retenu à son poste par les promesses du ministre de la guerre, promesses sincères, mais toujours ajournées dans leurs effets.

Si la médecine militaire n'est pas loin aujourd'hui d'être constituée comme tous les corps savants de l'armée, mieux inspirée qu'au temps où elle appuyait ses droits par des écrits déclamatoires, elle en devra rapporter l'honneur à la sagesse de ses chefs actuels, aux travaux passés de Bégin, à l'initiative et aux efforts soutenus de celui de ses collègues du conseil qui, après avoir été son ami, devait être son continuateur plus heureux.

Bégin fut diversement jugé comme organisateur : ses contradicteurs officiels se gardaient bien de rendre publiquement justice à ce rude jouteur; ses confrères dissidents lui reprochaient de ne pas oublier assez son point de départ et de vouloir retenir le corps de santé dans des liens encore trop étroits. Ces derniers paraissaient oublier à leur tour que, dur pour lui-même, Bégin se croyait le droit d'être exigeant envers les autres; que, fonctionnaire public, il portait le faix d'une lourde responsabilité, et que, ne pouvant faire prévaloir ses vues, il dut se borner souvent à atténuer les résultats fâcheux de mesures contre lesquelles il avait en vain protesté.

Comme Percy, Bégin fut un littérateur, un savant, un chirurgien consommé, un défenseur énergique et un législateur de la corporation à laquelle il appartenait; comme Larrey, il fut un homme d'action, et faillit mourir debout comme lui, dans l'inspection médicale en Algérie qui termina sa carrière d'activité. Il était devenu depuis 1850 le président du conseil de santé des armées : il était membre d'un grand nombre de sociétés savantes; dans quelques-unes il avait remporté la couronne du lauréat. Il appartenait à l'Académie de médecine depuis la fondation de cette compagnie et il l'a présidée en 1847. Il faisait partie du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, dont il fut aussi le président pendant l'année 1850.

Sa place était marquée à l'Institut, mais il ne l'occupa jamais. Une première fois, en 1842, il se porta candidat dans la section de chirurgie et figura sur la liste de présentation dans les derniers rangs, en bonne compagnie, il est vrai, avec Gerdy et M. Velpeau : Roux et

M. Andral protestèrent chaleureusement contre l'étrangeté du classement de ces chirurgiens éminents, étrangeté que la nomination de M. Velpeau devait faire ressortir encore davantage. Quinze ans après, pressé par ses anciens compétiteurs de venir s'asseoir auprès d'eux, il échoua deux fois encore, et d'une seule voix, dans sa candidature à la place d'académicien libre. Il avait trop tardé à faire valoir ses titres; et cependant, à la mort de Deschamps, qui laissa vacant à l'Académie des sciences le fauteuil occupé depuis par Dupuytren, c'est Bégin qui combattit péremptoirement l'opinion de Geoffroy Saint-Hilaire, alors que ce savant anatomiste voulait exclure la médecine et la chirurgie du nombre des connaissances humaines qui doivent être représentées à l'Institut.

Bégin avait été fait commandeur de la Légion d'honneur. On espérait qu'un grade plus élevé dans l'ordre lui serait conféré au moment où il cessait ses longs et utiles services; mais, soit que quarante-six années de labeurs incessants, soit que son titre de président du Conseil de santé des armées ne justifiassent pas suffisamment cette faveur, soit encore que ceux-là mêmes qu'il avait préservés, guéris ou sauvés eussent été jaloux de partager cette distinction avec lui, cet espoir fut déçu. Il était commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand et de l'ordre d'Isabelle la Catholique, officier de l'ordre de Léopold; seul entre tous les médecins de l'armée, il portait la médaille de Sainte-Hélène, cette dernière pensée de Napoléon Ier à ses compagnons de gloire.

Il avait été nommé chirurgien consultant du roi en 1843, et dix ans après chirurgien consultant de l'Empereur.

Telle fut, Messieurs, la vie publique de Bégin, qui peut se résumer en quelques mots : travail, dévouement, probité sévère et désintéressement.

Il me reste à vous parler brièvement de sa vie privée, que deux mots peuvent aussi résumer : chagrins et sacrifice.

Il était doué d'une constitution des plus robustes; cependant il fut atteint de diabètes pendant plus de dix ans; il rendait dans les vingt-quatre heures d'énormes quantités de sucre. Ses amis, même les plus intimes, n'en furent jamais instruits et s'étonnèrent de le voir rechercher un régime qu'ils appréciaient avec une ignorante sévérité. Et l'homme qui luttait contre la mort fut en butte aux dénigrements clandestins, aux accusations malveillantes dont le poison vint s'ajouter à celui du mal qui le consumait. Il triompha cependant, grâce à sa vigueur morale dépassant encore ses forces physiques; mais il conserva toujours l'impression de la rude atteinte qu'il avait éprouvée.

Ses allures étaient empreintes de rondeur et de bonhomie; il por-

tait un costume toujours le même, et il était reconnaissable de fort loin à son chapeau large de bords, au gilet blanc et au vaste habit vert, qui, paraît-il, fut le vêtement uniforme des chirurgiens de l'intimité de Dupuytren. Son œil petillait du feu de l'intelligence. Son sourire, parfois railleur, était aiguisé de finesse. Contraste singulier, il alliait à une vivacité sans égale une patience voisine de la résignation. Souvent il se laissait emporter à des boutades gauloises, qu'il terminait toujours par d'affectueuses paroles; de telle sorte qu'il vous laissait suspendu entre la doléance contre ses vertes réprimandes et la reconnaissance due à sa paternelle bonté.

Plébéien, il n'oublia jamais son origine et conserva toujours les habitudes et les goûts les plus simples : naturellement modeste, s'il prit une part glorieuse au mouvement intellectuel de son époque, il se tint toujours éloigné du bruit du monde et de la publicité que d'autres recherchent avec tant d'ardeur.

Demeuré pauvre, aspirant au repos que réclamait l'état de sa santé, il s'était retiré dans un château reculé de la Bretagne avec sa seconde femme, dont la mission semble avoir été d'alléger toutes les douleurs de sa famille. C'est là qu'il succomba le 13 avril 1859, aux suites d'une apoplexie cérébrale qui l'avait frappé un mois auparavant.

En terminant la tâche que le pieux souvenir d'un maître illustre m'avait commandé d'entreprendre, je sens, Messieurs, toute l'imperfection de mon œuvre : Bégin était une de ces personnalités que des émules seuls peuvent dignement honorer; il était de ces hommes dont le caractère ne saurait être prématurément apprécié, semblables à ces chefs-d'œuvre de la statuaire antique, d'autant plus admirés que le temps les a polis de son aile et a donné plus d'harmonie à leurs contours.

M. BROCA, secrétaire général, lit l'Éloge de Lenoir, membre titulaire de la Société.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

Séance du 2 janvier 1861.

Présidence de M. MARJOLIN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Landre, d'Eymet, fait parvenir à la Société une note manuscrite sur un nouveau procédé de taxis continu pour la hernie

inguinale, et sur un nouveau pessaire à ressort pour remédier au prolapsus de l'utérus ou du vagin. (Commissaire, M. Désormeaux.)

La Société a reçu en outre : Brun-Réchaud, *Des intérêts moraux et matériels de la profession médicale*. Limoges, 1859, in-8°.

— M. le président annonce que M. le docteur Marx fait hommage à la Société d'un certain nombre de registres d'observations recueillies dans le service de M. Dupuytren. Des remercîments seront adressés, de la part de la Société, à M. le docteur Marx, pour ces éléments nouveaux qu'il apporte à l'édification de l'œuvre chirurgicale de Dupuytren, à laquelle il a déjà tant contribué.

L'ordre du jour appelle la lecture du rapport suivant, lu au nom d'une commission composée de MM. Giraldès, Huguier et Verneuil, rapporteur.

Absence complète du vagin avec présence de la matrice accomplissant ses fonctions; double opération; guérison.

Messieurs, au commencement de l'année 1860, un praticien distingué de la province, M. le docteur Patry, vous a adressé une observation importante dont les détails soulèvent plusieurs questions de pratique. Sans être très-rares, les exemples de ce genre présentent toujours un vif intérêt, car il s'agit d'un vice de conformation qui peut rester inaperçu, et partant très-bénin pendant de longues années, mais qui, à un certain moment, supprime toute la grande fonction génératrice, et compromet gravement jusqu'à la vie elle-même; vice de conformation pour lequel la nature ne fait rien de bien efficace, au contraire, et qui ne peut être corrigé qu'à l'aide d'une opération délicate, dont les suites peuvent être redoutables, mais qui en revanche met d'abord un terme prompt aux accidents, conjure les dangers pour un temps plus ou moins long, et laisse espérer même une guérison radicale avec restitution complète de la forme altérée et des fonctions suspendues.

Le titre même de l'observation vous a déjà mis suffisamment au courant du sujet. Il s'agit en effet d'une malformation des voies génitales de la femme caractérisée; — Anatomiquement : — Par une interruption complète du canal vulvo-utérin due à l'absence de la plus grande partie du vagin; — Physiologiquement : par l'abolition de la double fonction que le vagin remplit comme organe de la copulation et comme canal excréteur; — Pathologiquement enfin : par la rétention absolue du sang menstruel et les graves conséquences qui en découlent.

L'atrésie des voies génitales de la femme compte de nombreuses variétés dont l'anatomie pathologique et l'embryogénie nous donnent

l'interprétation facile ; je ne veux pas en faire même l'énumération, encore moins l'étude complète. Tout ce que je veux dire, c'est que parmi ces variétés l'absence totale ou même étendue du vagin doit être considérée comme une des plus graves et des plus difficiles à traiter, et cela pour plusieurs motifs :

1° Parce que lorsque la matrice et les ovaires existent et que la menstruation s'effectue, l'atrésie vaginale entraîne à sa suite tout le cortége des accidents propres à la rétention menstruelle ;

2° Parce que le diagnostic anatomique exact de l'état des parties, base si indispensable des indications et de la précision opératoires, est ordinairement fort incertain, et que par conséquent l'opération, souvent urgente d'ailleurs, est malaisée à pratiquer, pleine de hasards dans l'exécution et de dangers consécutifs ;

3° Enfin, parce que cette opération, menée primitivement à bonne fin, peut n'avoir qu'un succès momentané, et qu'elle ne met point sûrement l'opérée à l'abri du retour ultérieur des accidents et de la nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale.

En présence d'une lésion de ce genre et avant de porter un pronostic définitif, le chirurgien devra donc passer en revue les écueils nombreux qu'il aura à surmonter.

Supposons même heureusement vaincues les difficultés opératoires, et par conséquent admettons que la collection sanguine retenue ait été évacuée, la guérison n'est encore rien moins que certaine; car des accidents formidables malheureusement trop communs peuvent surgir, prenant leur point de départ soit dans la plaie chirurgicale elle-même, soit, ce qui est plus habituel, dans la vaste cavité utéro-vaginale qui recélait le sang, soit enfin dans les annexes ou la séreuse péritonéale elle-même.

Supposons encore que cet orage menaçant n'ait point éclaté ou qu'il ait été conjuré, le chirurgien devra se rappeler : — que dans les cas d'imperforation ou de rétention, la création extemporanée d'une voie artificielle et l'évacuation des *retenta* peuvent n'être rien en comparaison des difficultés qu'on éprouve à maintenir le canal nouvellement creusé, et par conséquent à assurer pour toujours l'écoulement libre des fluides excrétés ; — que ces difficultés sont d'autant plus grandes que le canal de nouvelle formation sera plus long, c'est-à-dire traversera une plus grande épaisseur de tissus ; — que, si l'on n'en triomphe pas, les fonctions temporairement rétablies seront plus tard abolies de nouveau, que de nouveau la vie sera mise en danger, et qu'il faudra risquer encore les chances d'une opération.

On ne saurait apporter trop d'attention à l'étude du présent sujet, et vous me permettrez sans doute d'entrer dans quelques développe-

ments. Je m'y décide d'autant plus volontiers que, par un hasard assez singulier, cette question n'a point encore été discutée parmi nous. Si la Société de chirurgie désire justifier la prétention légitime de guider les praticiens qui suivent ses travaux et attendent ses conseils, elle devra mettre tous ses soins à poser les indications, à fixer les procédés opératoires, à examiner les causes d'insuccès et de mortalité, pour indiquer les moyens d'y remédier, à formuler enfin tous les préceptes à l'aide desquels on peut mener à bien cette cure difficile.

Mais commençons d'abord par vous faire connaître le travail de M. Patry.

L'auteur débute par le préambule suivant :

« Les faits d'absence complète du vagin, avec soudure de la vessie et du rectum, sont extrêmement rares. Quelques-unes des variétés de ce vice de conformation méritent surtout de fixer l'attention des chirurgiens. En effet, au point de vue pratique, les deux suivantes doivent être soigneusement distinguées :

» 1° Tantôt la matrice manque en même temps que le vagin : c'est alors une simple anomalie qui n'entraîne aucune suite fâcheuse (1) ;

---

(1) M. Patry, en disant que l'absence simultanée de la matrice et du vagin ne constitue *qu'une simple anomalie qui n'entraîne aucune suite fâcheuse*, exprime une proposition généralement vraie, mais qui exige toutefois des restrictions. D'abord la persistance des ovaries et de l'ovulation peut, dans ces mêmes cas, être une source de désordres fonctionnels; puis la privation des actes préparatoires de la génération est parfois assez impatiemment supportée par quelques femmes, pour que certains chirurgiens de valeur aient cru devoir céder à leurs instances et tenter la création d'un vagin artificiel, propre seulement à la copulation. Cette opération ne peut être, *à priori*, ni recommandée, ni réprouvée. Il est évident qu'elle rentre dans la classe des opérations de complaisance, que, quoi qu'on en ait dit, on ne peut pas toujours refuser aux malades. On ne peut guère poser de règle absolue à cet égard ; cependant le chirurgien d'abord ne devra jamais proposer lui-même cette entreprise hasardeuse ; en second lieu, aux instances réitérées qu'on pourrait lui adresser, il devra opposer : la mortalité assez considérable, la possibilité d'une infirmité fâcheuse (fistule vésico-vaginale, recto-vaginale), l'incertitude d'un succès permanent, la voie nouvelle pouvant s'oblitérer consécutivement ; il ne devra laisser aucune illusion aux postulantes sur les chances d'une fécondité matériellement impossible, et ne pourra promettre que les moyens de satisfaire plus ou moins complétement une sensation physique. Si l'on persiste, le chirurgien, forcé dans ses derniers retranchements, pourra faire

» 2° Tantôt au contraire l'utérus existe, et, en pareil cas, l'âge de la puberté devient le signal de graves accidents qui forcent le médecin d'intervenir pour remédier à la rétention du sang menstruel. Il y aurait lieu d'établir encore une subdivision parmi les faits de cette seconde catégorie, suivant que l'utérus présente un col et un orifice normalement conformés, ou qu'il est lui-même imperforé. »

L'observation suivante est relative à un cas de cette espèce.

Catherine J..., âgée de dix-sept ans, couturière, forte et bien portante habituellement, habitant la Brizardière, commune de Sainte-Catherine, a commencé à éprouver, il y a quatorze mois environ, dans les lombes, le bas-ventre, les aines et les cuisses, des douleurs qui revenaient régulièrement tous les mois; elles duraient chaque fois trois ou quatre jours, et occupaient toujours le même siége. Pendant les intervalles, santé parfaite. Il y a six ou huit mois, Catherine s'aperçut que son ventre grossissait; il augmentait surtout de volume à chaque accès de douleurs, et en même temps les seins étaient gonflés pendant les quelques jours que duraient les souffrances. Jamais aucune trace d'écoulement de sang par les parties génitales. Le traitement avait consisté en émissions sanguines locales (sangsues aux cuisses) et en pilules emménagogues.

Je vis cette jeune fille pour la première fois le 10 juillet 1845. Elle gardait le lit depuis plusieurs jours; je trouvai la peau sèche et brûlante, le pouls fréquent et déprimé, la figure d'un rouge violacé. La malade se plaignait d'éprouver depuis longtemps des douleurs lombaires et des coliques d'une extrême violence. Elle ne peut demeurer au lit, se roule par terre, se met le corps en double, change continuellement de position, dans l'espoir d'obtenir du soulagement. Depuis quatre semaines aussi les urines coulent avec beaucoup de peine, et leur émission s'accompagne de vives douleurs. Il n'y a d'évacuations alvines que tous les sept ou huit jours, et cela après de grands efforts. Le ventre est considérablement distendu. A travers ses parois on sent, occupant la région médiane et s'élevant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, une tumeur dure, lisse, régulièrement circonscrite, douloureuse à la pression, à laquelle on peut imprimer quelques légers déplacements en la détachant des flancs, comme l'utérus dans la grossesse; mais les mains appliquées sur cette tumeur

---

suivant sa conscience, sans oublier que la retraite *ne saurait jamais lui être fermée*.

Une monographie complète de l'opération du vagin artificiel manque encore à la pathologie chirurgicale. C'est une lacune importante à combler. Les observations ne feraient pas défaut.

n'y perçoivent aucun mouvement. Dans les fosses iliaques, principalement à droite, on trouve une tuméfaction dure, douloureuse, qui se confond insensiblement avec les parties voisines.

Je procédai à l'examen des parties génitales, et je rencontrai :

Grandes et petites lèvres ayant leur développement normal ; clitoris d'un très-petit volume ; méat urinaire situé un peu plus bas qu'à l'ordinaire ; au-dessous du méat quatre tubercules ayant la grosseur d'une tête d'épingle, et réunis par un repli de la membrane muqueuse, saine d'ailleurs, qui tapisse toutes ces parties ; enfin, entre ces tubercules, une dépression superficielle pouvant admettre la moitié d'une aveline, et occupant la place du vagin.

Une sonde introduite dans l'urèthre ne parvient que très-difficilement jusqu'à la vessie, et pour y arriver, demande à être dirigée presque verticalement en haut ; une fois qu'elle y a pénétré, cherche-t-on à la retirer, on éprouve également beaucoup de résistance. Le doigt, placé dans l'anus, sent à une hauteur d'environ 3 ou 4 centimètres une tumeur dure, lisse, qui comprime fortement le rectum, donne à travers les parois de cet organe la sensation non douteuse d'un liquide, et remplit manifestement la plus grande partie du bassin. De plus, avec ce même doigt introduit dans le rectum, on sent le cathéter engagé dans la vessie, d'où il suit que ces deux organes sont contigus ; une cloison membraneuse peu épaisse, formée par l'adossement de leurs parois, paraît seule les séparer l'un de l'autre ; on ne trouve entre eux aucune substance intermédiaire autre que cette cloison même, qui est appréciable dans l'étendue de 2 centimètres.

D'après cet examen, il était évident que chez Catherine J... le vagin manquait, mais que l'utérus accomplissait régulièrement ses fonctions. Rétention du sang menstruel dans la matrice et distension des parois de cet organe, telle était manifestement la cause des accidents, qui depuis quinze mois revenaient périodiquement toutes les quatre semaines, et de la formation de cette volumineuse tumeur, dont nous constations la présence dans le bassin.

Mais si le diagnostic ne pouvait laisser d'incertitude, il n'en était pas de même pour le traitement à instituer. Quelle voie fallait-il suivre pour arriver jusqu'à l'utérus distendu ?

Ici M. Patry entre dans quelques développements historiques, et montre par des citations que la création d'un vagin artificiel inspirait des craintes vives aux chirurgiens les plus célèbres du commencement de ce siècle : Boyer, Richerand, Dupuytren, etc. Il rappelle sommairement la fameuse observation de D. Haën. Mais tout en concédant que l'opération est des plus sérieuses, il se prononce pour l'action, en se fondant sur les cas de succès assez nombreux que ren-

ferment les annales de l'art; puis sur les chances d'une mort presque certaine, lorsqu'on abandonne les malades à leur sort et aux soins de la nature médicatrice.

Fallait-il ici recourir à la ponction par le rectum? Ce moyen, sans être entièrement inoffensif, avait l'inconvénient de ne pouvoir procurer qu'un soulagement momentané.

La seule voie par laquelle le sang pouvait prendre et conserver son cours normal, c'était le vagin. Je résolus en conséquence de pratiquer chez Catherine un vagin artificiel, en me conformant au précepte déjà ancien (V. de Haën, *loc. cit.*), de recourir le moins possible à l'instrument tranchant (1), précepte à l'observation duquel (pour ne citer que les exemples les plus récents) M. Stoltz et Aug. Bérard ont dû deux beaux succès; en imitant surtout la conduite d'Amussat (*Gaz. méd. de Paris,* 1835, p. 785), qui, avec l'aide du doigt seul, parvint à dédoubler la cloison recto-vésicale dans un cas analogue.

Le 24 juillet, je cherche par une pression assez forte, avec l'extrémité de l'indicateur, et par des mouvements de rotation, à augmenter la dépression qui existe au-dessous du méat urinaire, entre les petits tubercules mentionnés plus haut. A la seconde tentative faite le lendemain, la muqueuse s'est rompue, il y a eu un léger écoulement de

---

(1) Qu'il me soit permis de faire ici quelques légères rectifications historiques. Elles me seront faciles, parce que j'ai à ma disposition des originaux qui manquent probablement à notre confrère; et elles ne seront pas prises par lui en mauvaise part.

Je ne sache pas que de Haën ait conseillé de se servir le moins possible de l'instrument tranchant. Je vois seulement dans son texte le passage suivant : « Aquapendentem optimi viri hi secuti recta eaque unica sectione membranam aperuerunt. Monui antea omnes partes præter naturam se hic habuisse. Igitur sectio eorum in qua peragenda urethram evitare studuerunt nunc inveniebatur per urethram in ipsam penetrasse vesicam... Adeoque quantumvis evitare urethram studuissent, videbant se ob præter naturalem partium structuram id præcise quod evitare conati erant, effecisse. Adeoque concludebant tutius se in posterum non Aquapendentem, sed alios qui obliquam incisuram commendassent, secuturos, cum præter naturalis conditio partium nequeat prævideri. »

On ne saurait donner le titre de beaux succès aux observations de M. Stoltz et A. Bérard, car leurs deux observations sont restées incomplètes. La première, d'ailleurs, est d'autant moins comparable à celle de M. Patry, qu'il ne s'agissait point d'une rétention des règles par obstacle mécanique, mais d'une simple absence du vagin, que l'honorable chirurgien de Strasbourg s'efforça de rétablir, uniquement sans doute pour le rétablissement de la copulation. (*Note du rapporteur.*)

sang et de vives douleurs. Je place un morceau d'éponge préparée entre les bords de la plaie.

Le huitième jour, le conduit artificiel a 1 centimètre et demi de profondeur. Pour arriver jusqu'à la tumeur, je place une sonde dans la vessie, et je la fais tenir et soulever en avant par un aide (c'était la mère de la malade); j'introduis mon doigt indicateur gauche dans le rectum; avec l'indicateur de la main droite, placé dans le canal de nouvelle formation, je décolle peu à peu le rectum de la vessie, et j'arrive ainsi sur un tissu dur, résistant, au delà duquel j'ai la sensation d'un liquide. La fluctuation est surtout très-nette, lorsqu'à l'aide du doigt introduit dans le rectum, je cherche à soulever la tumeur qui comprime cet organe. Quand la malade fait des efforts d'expulsion, la tumeur descend vers la vulve.

Pendant toutes ces manœuvres, Catherine a éprouvé de vives douleurs ; mais elle était résignée à tout souffrir pour mettre un terme à sa cruelle situation.

Le 2 août, le vagin artificiel a 3 centimètres de profondeur ; il permet facilement l'introduction du doigt. J'y place un morceau d'éponge pour le maintenir libre.

Avant de pratiquer le dernier temps de l'opération, je demande l'avis de MM. les docteurs Thomas (de Tours) et Thomas (de Ligueil). Nous constatons l'état du conduit décrit ci-dessus ; seulement il n'a plus que 2 centimètres de profondeur, ce qui indique que la cloison fibreuse a été poussée en avant. J'en conclus que la ponction de l'utérus sera plus facile à exécuter, et exposera moins à la lésion des organes environnants.

Le 6, en présence de mes deux confrères, je termine l'opération de la manière suivante :

La jeune fille est assise sur le bord de son lit, le corps renversé en arrière, les cuisses écartées ; j'introduis une sonde dans la vessie et l'indicateur de la main gauche dans le rectum, pour prévenir la lésion de ces organes ; puis j'engage la malade à faire des efforts d'expulsion. Toutes ces précautions étant prises, je ponctionne la tumeur avec un trocart à hydrocèle. L'instrument traverse un tissu résistant, assez épais. Il s'écoule par la canule un liquide noirâtre, peu consistant au début, mais ressemblant vers la fin à de la gelée de groseille épaisse, sans odeur désagréable ; la quantité en est de près de deux litres. La canule est alors enlevée et remplacée par une sonde de même calibre, qui pénètre profondément dans la cavité de la tumeur. J'y pratique une injection pour entraîner le reste des caillots.

Aussitôt l'opération achevée, le ventre est beaucoup moins volumineux ; le fond de la matrice, qui s'élevait au-dessus de l'ombilic, est

descendu au-dessous. La malade déclare être notablement soulagée. Pendant l'opération elle a peu souffert; la journée se passe bien.

Mais le lendemain (7 août), vers dix heures du matin, il survient un frisson assez fort, suivi de fièvre; la peau est sèche et brûlante, le pouls fréquent et déprimé, la soif très-vive. Le ventre est tendu, surtout dans la région iliaque droite, où il est très-douloureux, même à la plus légère pression. On sent à travers les parois abdominales le corps de l'utérus non revenu sur lui-même; de même, le doigt introduit dans le rectum trouve au-devant de lui l'utérus tendu et douloureux. La malade ne peut uriner; je la sonde. Je fais de plus une injection émolliente dans la tumeur utérine. — 16 sangsues sont appliquées à l'hypogastre.

Vers le soir, les douleurs ayant augmenté, nouvelle application de 20 sangsues.

Le 16 août au matin, les piqûres de sangues ont rendu beaucoup de sang; la nuit a été très-agitée; les douleurs sont un peu moins vives, et le pouls a perdu de sa fréquence; mais le ventre est toujours dans le même état. — 16 sangsues sur la région iliaque droite.

Le 16 au soir, la région iliaque droite est moins tuméfiée, mais elle reste douloureuse au plus léger contact. La région iliaque gauche est gonflée et douloureuse à la pression; elle rend un son mat à la percussion.

Le 17 août au matin, bien que la nuit ait été fort agitée et que la malade n'ait cessé de se plaindre d'élancements dans les deux fosses iliaques, cependant le pouls est plus calme, moins déprimé; la face, moins plombée, a repris sa couleur naturelle; les yeux ont plus d'expression.

Dans la soirée, les douleurs étant devenues de nouveau beaucoup plus vives, je fais appliquer encore 20 sangsues. Depuis l'opération la malade n'ayant pu uriner, je la sonde deux fois par jour sans douleur. Les parties génitales externes ont leur coloration et leur sensibilité normales. La sonde placée dans la matrice est sortie; je ne cherche pas à la réintroduire, dans la crainte d'exaspérer les souffrances.

Le 18, la nuit a été mauvaise; les douleurs qui partent des fosses iliaques ont troublé le sommeil, et ont été assez violentes pour arracher des cris à la malade. Dans l'après-midi, la fièvre augmente, la figure s'injecte, les traits sont altérés; la peau est sèche et très-chaude; la langue rouge; la moitié inférieure de l'abdomen est dure et volumineuse. — 20 sangsues sur le ventre; je prescris un lavement, qui n'est point reçu.

Le 19, nuit très-agitée. Dans la matinée, les douleurs abdominales sont moins vives à la pression; mais la malade éprouve de

violentes coliques. J'ordonne un lavement avec 60 grammes d'huile de ricin, mais le liquide revient à mesure qu'on l'injecte. Vers le soir la fièvre redouble, la douleur augmente dans la fosse iliaque gauche : 15 sangsues sont appliquées sur cette région.

Le 20, depuis minuit, il y a un peu de calme. L'opérée a dormi à plusieurs reprises pendant une heure. Le pouls reste déprimé et très-fréquent, mais le ventre est moins dur, moins douloureux à la pression. Il y a toujours des coliques intenses.

Dans la soirée la fièvre diminue et la peau est moins brûlante. Les élancements des fosses iliaques se sont reproduits avec une nouvelle force ; ils se propagent jusqu'aux cuisses et genou droit.

Je prescris de faire trois fois par jour des onctions sur le ventre avec parties égales d'onguent napolitain et d'extrait de belladone. Dans la matinée je fais prendre par la bouche 45 grammes d'huile de ricin, qui sont vomis avec huit vers lombrics.

La journée a été assez calme ; il y a toujours des coliques. Il s'écoule par les parties génitales un liquide épais sans odeur. J'introduis une sonde dans l'ouverture de la matrice, mais lorsque je la fais pénétrer un peu profondément, il en résulte de très-vives douleurs. La malade a commencé à uriner sans le secours de la sonde.

Le 21, le ventre est très-tendu ; les douleurs des fosses iliaques se sont reproduites avec une nouvelle violence ; le pouls, très-fréquent, est moins déprimé. — 20 sangsues sur les régions iliaques.

Dans la journée, besoins fréquents d'aller à la selle. (Nouveau lavement avec 60 grammes d'huile de ricin, qui ne peut pas pénétrer.) L'abdomen reste tendu, la respiration est très-gênée ; il y a une très-vive agitation, une anxiété extrême. Je cherche, en introduisant le doigt dans le rectum, s'il n'y a point un obstacle qui s'oppose à la pénétration des lavements, et je trouve le rectum fortement comprimé par l'utérus ; je repousse alors cet organe en haut et en avant, et une grande quantité de matières fécales et de vents est expulsée brusquement ; la malade se sent aussitôt soulagée.

Le 22, nuit assez bonne ; il y a eu une selle abondante. Quelques gouttes de sang ont été rendues par le nez. Ce matin, fièvre, figure injectée. Le ventre est plus souple, moins développé ; un pus blanc, épais, sans odeur, s'écoule par le nouveau vagin. Les parties génitales externes sont œdématiées, douloureuses ; la muqueuse qui les tapisse est pâle.

Le 23, la journée d'hier et la nuit ont été assez bonnes. Il y a eu quelques coliques, le ventre est beaucoup moins tendu et moins douloureux.

Dans la fosse iliaque gauche, on trouve toujours une tumeur dure

et très-sensible à la pression. La région correspondante du côté droit est moins sensible, plus souple ; à travers les parois abdominales, on y sent l'utérus revenu sur lui-même. Le pouls est moins déprimé et moins fréquent.

A l'aide du doigt introduit dans le rectum, je sens que cet intestin n'est plus comprimé par la matrice. Je fais administrer un lavement qui, cette fois, est reçu et détermine l'évacuation d'une grande quantité de matières.

Le 25, la tension du ventre diminue encore ; mais il y a toujours quelques coliques. En déprimant les parois, on sent le fond de l'utérus qui est toujours douloureux et s'élève à 5 centimètres environ au-dessous de l'ombilic. La fosse iliaque gauche est de nouveau tendue, le pouls fréquent, la soif vive. Les parties génitales sont douloureuses.

Le 27, depuis hier, les douleurs sont devenues très-intenses dans la fosse iliaque gauche ; elles se continuent sur la face antérieure de la cuisse et de la jambe, sans que l'on puisse constater une sensibilité plus vive sur le trajet des vaisseaux. Les mouvements du membre sont difficiles. Ce matin les douleurs sont moins fortes et la malade a reposé. La journée se passe assez bien.

Le 29, nuit calme, douleurs moindres; l'abdomen est moins tendu. La malade est allée à la selle sans lavement. L'utérus a diminué de volume, ainsi que les tumeurs iliaques. Les parties génitales externes sont toujours très-tuméfiées. Une légère épistaxis dans la nuit. — Injections émollientes; lotions avec l'eau blanche.

Dans les premiers jours de septembre, l'état de la malade est satisfaisant. L'utérus revient de plus en plus sur lui-même ; les tumeurs iliaques ont bien diminué ; le ventre est médiocrement douloureux à la pression ; il y a encore des coliques, mais elles sont de courte durée. L'écoulement vaginal, peu abondant, exhale une odeur fétide. Le pouls est assez calme ; la malade commence à prendre des aliments ; on la fait lever tous les jours.

Le 6 septembre, très-forte céphalalgie suivie d'un saignement de nez abondant. Depuis cette hémorrhagie, le pouls est faible et fréquent, la peau et les muqueuses pâles ; un peu d'œdème des paupières.

Le 8, perte de l'appétit; douleurs vives dans les muscles des membres ; les battements du cœur s'accompagnent d'un bruit de souffle qu'on entend également dans les carotides. Les coliques se reproduisent avec plus d'intensité ; le ventre est météorisé, douloureux ; la figure moins expressive. — Limonade sulfurique ; frictions sur le ventre avec de l'huile camphrée ; pilules de fer et de quina.

Le 15, état très-satisfaisant. La fièvre a cessé ; le ventre ne présente plus ni tension ni douleur à la pression ; on ne sent pas l'utérus à travers les parois abdominales ; les tumeurs des fosses iliaques ont beaucoup moins de volume et ne sont plus douloureuses.

Il s'écoule du vagin un liquide jaunâtre, peu abondant, mais très-fétide ; ce vagin est libre et permet facilement l'introduction du doigt ; l'ouverture faite à l'utérus persiste.

Cette jeune fille quitte alors l'hôpital de Sainte-Maure, où elle était depuis quarante jours, et se rend auprès de ses parents.

Je la revois le 4 octobre. Elle commence à se promener. Depuis le matin coliques et douleurs de reins, et dans la soirée il se fait par le nouveau vagin un écoulement de sang peu abondant. Après la perte sanguine, qui dure quatre jours, un peu de pus s'échappe encore des parties génitales.

Pendant les mois de novembre et de décembre, santé bonne, mais l'écoulement menstruel ne se reproduit pas. J'avais recommandé à la mère de la malade (après lui avoir enseigné cette manœuvre) d'introduire tous les deux ou trois jours une sonde dans l'ouverture faite à la matrice ; mais cette femme introduisait l'instrument dans l'urèthre, et l'orifice utérin ne tarda pas à s'oblitérer.

Dans les premiers jours de janvier 1846, Catherine éprouva dans les lombes, les aines et les cuisses de nouvelles douleurs, sans qu'il s'échappât du sang par le vagin. A la fin du même mois les douleurs reviennent dans les mêmes régions, et avec le même caractère.

Le 22 février, je suis appelé auprès de Catherine. La figure est d'un rouge violacé ; l'utérus se sent à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, mais il n'est pas douloureux à la pression.

Je sens avec le doigt placé dans le vagin, à 2 centimètres de profondeur environ, l'utérus fortement distendu ; une sonde substituée au doigt s'arrête également à cet obstacle qu'elle ne peut pas franchir. D'après cet examen, et en considérant aussi les phénomènes qui se sont manifestés depuis deux mois, il est certain que l'ouverture artificielle de l'utérus est fermée et qu'il faut recourir à une seconde opération.

Je fais pour la seconde fois la ponction de la matrice, et il s'écoule par la canule du trocart près de 400 grammes d'un sang épais, gluant, d'un rouge foncé, sans odeur particulière. (Le lendemain ce liquide n'était pas pris en caillots et présentait les mêmes caractères physiques qu'après sa sortie).

Je retire la canule ; puis, à l'aide d'un bistouri droit boutonné, j'agrandis l'ouverture du trocart par deux incisions latérales, qui me permettent de faire pénétrer l'extrémité du doigt indicateur, jusque

dans la matrice, et de reconnaître que le col de cet organe n'est pas appréciable. Je laisse une sonde œsophagienne à demeure entre les bords de la plaie utérine. Cette seconde opération a été plus douloureuse que la première.

Le 23, la nuit a été bonne. Un peu de fièvre ce matin. Le ventre non douloureux à la pression ; mais la malade se plaint de douleurs très-vives dans l'aine droite, qui se continuent dans tout le membre inférieur du même côté. — Bains, cataplasmes laudanisés *loco dolenti*.

Le 24, nuit très-mauvaise ; les douleurs sont tout aussi vives ; elles augmentent à la plus légère pression. Pouls très-fréquent, petit, déprimé ; plusieurs vomissements bilieux. — 16 sangsues sur la région iliaque droite ; bains.

Le 25, nuit plus calme, douleurs moins intenses.

Le 1er mars, la malade est dans un état très-satisfaisant. L'ouverture de l'utérus est libre ; j'y laisse la sonde œsophagienne à demeure. Il s'écoule par le vagin un peu de pus sanieux fétide.

Le 10, même état satisfaisant. L'écoulement par le vagin a cessé. Il y a encore quelques douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite et le long de la cuisse.

Dans les premiers jours de mai, Catherine est parfaitement guérie. On ne sent plus à travers les parois abdominales le fond de l'utérus ni les tumeurs des fosses iliaques.

Deux ans après l'opération, Catherine est très-bien portante ; les règles, qui reviennent chaque mois, ne sont nullement douloureuses ; elles durent de quatre à cinq jours. Le vagin est libre ; il admet facilement le doigt indicateur. Les bords de l'ouverture utérine sont rapprochés sans être réunis.

Aujourd'hui Catherine est mariée depuis plus de huit ans. Elle n'est jamais devenue enceinte, a toujours continué à être très-régulièrement menstruée, et n'a éprouvé aucun trouble du côté des organes génitaux.

L'observation que vous venez d'entendre pourrait en quelque sorte servir de type à une description dogmatique de l'affection qui nous occupe. C'est d'abord faire l'éloge de la manière lucide dont elle est rédigée. La marche du mal est très-caractéristique. A l'époque de la puberté, apparaissent dans la région abdominale inférieure les douleurs périodiques mensuelles, durant trois ou quatre jours. Six mois après leur première manifestation, le ventre grossit, surtout pendant les accès, et les seins se gonflent. L'état général reste excellent pendant les intervalles. L'écoulement menstruel fait défaut.

Comme dans l'immense majorité des cas, il y a pendant longtemps erreur de diagnostic, ou, pour parler plus exactement, absence de

diagnostic ; on fait la médecine banale des symptômes ; on met des sangsues aux aines, et l'on administre les emménagogues. Enfin, les accidents, jusque-là modérés, acquièrent un haut degré d'intensité ; on consulte alors un praticien habile, qui aussitôt fait l'examen nécessaire, et porte sans peine et sans hésitation le diagnostic véritable.

En présence des symptômes si caractéristiques de la rétention menstruelle par cause mécanique, on s'étonne de retrouver dans la grande majorité des observations l'erreur de diagnostic aussi prolongée. Le plus souvent des mois entiers, des années même, s'écoulent avant que la cause réelle du mal soit reconnue. Cette erreur s'explique, à la vérité, par la rareté de l'oblitération congénitale, par la réserve qu'on met à explorer directement les parties sexuelles chez les vierges, mais surtout par l'insouciance avec laquelle on porte le diagnostic de l'aménorrhée, sans remonter jusqu'à la cause organique de ce symptôme. Les règles ne viennent pas, on cherche dans la pharmacie les remèdes qui sont réputés héroïques, et l'on croit avoir fait de la médecine rationnelle.

On ne saurait trop insister cependant sur les graves inconvénients de cette méprise. En effet, lors de leur première apparition, les règles sont peu abondantes ; elles distendent modérément les voies génitales obstruées ; renfermé dans une cavité close, à parois épaisses, le sang sorti de ses vaisseaux se conserve sans altération, et les parois elles-mêmes en supportent assez patiemment le contact. Mais, lorsque les quantités s'additionnent, le réservoir, violenté par la masse croissante du contenu, cède à la vérité, mais non sans résistance. Il lutte contre l'obstacle, et s'enflamme à la longue ; les annexes de l'utérus, qui dans le début restaient presque étrangers au mal, s'altèrent à la fin, et le péritoine pelvien à son tour subit le retentissement du travail morbide périodique dont l'appareil génital profond est le siége. Le sang qui séjourne dans l'utérus et le vagin depuis plusieurs mois, soumis au contact d'une paroi incessamment congestionnée et enflammée, perd ses caractères d'innocuité, et prend ceux d'un corps étranger irritant, de sorte qu'en résumé l'opération tardivement pratiquée trouve les parties dans un état pathologique malheureusement trop favorable au développement d'accidents graves et souvent mortels (1).

(1) C'est un peu théoriquement, je l'avoue, que j'admets les lésions de l'appareil génital profond par suite de distension prolongée ; de coutume, le sang, malgré son séjour parfois très-long, ne fait que s'épaissir sans se décomposer autrement ; mais on a pourtant quelquefois noté le contraire.

Il y aurait donc tout avantage à ce que le diagnostic fût porté de bonne heure. Certes, autant que tout autre, je regarde la chasteté des jeunes filles comme infiniment respectable, et je n'approuve pas qu'on aille à la légère proposer un examen attentatoire à la pudeur; mais je n'admets pas davantage de transactions avec les nécessités impérieuses d'un diagnostic exact. Heureusement tout se peut concilier. Quiconque sera bien au courant des signes de la rétention menstruelle par cause mécanique portera son jugement dès le troisième ou quatrième accès. Il exigera dès ce moment une exploration dont il fera comprendre la nécessité et l'importance, et, risquant peu de se tromper, il sera facilement absous, car il formulera du même coup et la nature précise du mal et les moyens d'y remédier efficacement.

Je n'examinerai dans l'observation de M. Patry ni l'exposé très-clairement présenté des symptômes, ni les moyens employés par notre confrère pour constater l'état anatomique des parties. Je n'aurais que peu de chose à y ajouter, et j'ai hâte d'arriver à une discussion plus importante, celle du traitement.

M. Patry rappelle pour mémoire que la ponction par le rectum a été proposée dans des cas semblables, et il la rejette comme n'ayant aucune utilité : c'est un palliatif qui, sans être dépourvu de danger, n'avance en rien la cure radicale qu'on doit à tout prix rechercher. Je partage cette manière de voir; cependant on ne pourrait trouver dans cet expédient un moyen de parer aux accidents de la rétention très-pressante en certains cas; on pourrait encore chercher ainsi à diminuer, avant l'ouverture définitive, la capacité de la poche, et conséquemment la surface exposée qui prendra naissance après la tentative de cure radicale; on pourrait favoriser d'avance le retrait de l'utérus et du vagin trop dilatés, et qu'on redoute de voir béants après l'évacuation.

D'un autre côté, lorsqu'il s'agit d'aller à une grande profondeur chercher l'orifice utérin ou le créer, la saillie formée par la poche sanguine est d'un trop grand secours pour qu'on supprime par l'évacuation préalable le plus important de tous les points de repère. C'est pourquoi, tout en reconnaissant que les ponctions préparatoires peuvent avoir des avantages *dans d'autres formes d'oblitération génitale*,

---

Pour connaître les effets de la distension simple, il faudrait des autopsies de malades ayant succombé à des affections étrangères et non à la suite de ruptures spontanées ou d'opérations ayant provoqué une métro-péritonite suraiguë. A la vérité, l'induction est ici provisoirement permise.

je crois que dans le cas actuel leurs inconvénients dépassent de beaucoup le faible profit qu'on en pourrait tirer (1).

Il résolut de créer un vagin artificiel et de se frayer une route à travers les parties molles depuis l'orifice vulvaire jusqu'à l'utérus dilaté. Pour arriver à ce but, il avait le choix entre trois procédés qu'une épithète différente pourra grossièrement caractériser. J'appellerai l'un *procédé sanglant*, l'autre *procédé mécanique;* le troisième pourrait être dit *mixte*, puisqu'il utilise et l'instrument tranchant et le décollement.

Dans le premier, le chirurgien, à l'aide du bistouri, incise superficiellement la muqueuse vulvaire au fond du cul-de-sac qu'elle présente entre l'urèthre et l'anus; puis, les lèvres de la plaie écartées, il continue sa dissection dans la profondeur; il s'efforce d'éviter le canal urinaire et l'intestin; il s'avance avec précaution, à petits coups, explorant le fond de la plaie avec l'index de la main gauche, qui guide prudemment le bistouri. Enfin, la poche reconnue à sa mollesse, à sa rénitence, il y plonge soit l'instrument tranchant dont sa main est armée, soit un trocart, et donne enfin issue au sang accumulé.

Dans cette manière de faire, l'opération fondamentale est pratiquée dans la même séance. L'anesthésie peut ici supprimer la douleur.

Le second procédé, qui paraît fort étrange au premier abord, s'effectue en plusieurs temps. Il consiste dans une série de pressions plus ou moins violentes exercées à l'aide du doigt et destinées à refouler, à déprimer la muqueuse vulvaire dans le point qui répond à l'entrée du vagin absent, c'est-à-dire entre l'anus et l'orifice uréthral. Si la dépression ne suffit pas, on déchire, on pénètre ainsi de gré ou de force, mais toujours avec le doigt ou les instruments mousses, dans la couche de tissu cellulaire lâche qui sépare l'urèthre et le rectum; on s'approche ainsi lentement de la poche sanguine, sans crainte de

(1) L'idée de la ponction rectale a été évidemment suggérée par une des terminaisons naturelles de la rétention des règles dans l'utérus ou le vagin. Je veux parler de la rupture spontanée de la poche sanguine dans l'intestin, de l'écoulement par cette voie du sang accumulé; enfin de la menstruation périodique plus ou moins facile, plus ou moins régulière par l'anus, grâce à la formation d'une fistule permanente génito-rectale ou d'une fissure de la cloison mensuellement répétée. Ce palliatif, qu'il soit naturel ou créé par l'art, n'est certainement pas sans gravité; mais son histoire complète reste encore à tracer; tout jugement définitif est par conséquent impossible. Les rapports du rectum avec le vagin et l'utérus étant différents, quant à la présence du péritoine, il conviendrait de distinguer avec soin la ponction faite à diverses hauteurs, de séparer, en d'autres termes, la ponction recto-vaginale de la ponction recto-utérine.

blesser ces derniers organes. Arrivé à une certaine profondeur, on perçoit distinctement la fluctuation, et l'on divise la dernière barrière avec le trocart ou le bistouri. Dans la plus grande partie du trajet ainsi parcouru, il n'y a pas de plaie produite, ou du moins la solution de continuité est faite par décollement ou déchirure ; elle n'est le siége d'aucun écoulement sanguin notable.

Ce procédé, qu'on pourrait appeler *du refoulement et du décollement*, permet d'éviter aisément la blessure de l'urèthre et du rectum : c'est là son but principal et son principal mérite.

Notons bien que dans ce procédé, créé surtout dans le but d'éviter l'écart et les erreurs (1) du bistouri, on ne peut toutefois se passer de son secours lorsqu'on est parvenu dans la profondeur, et qu'il faut enfin ouvrir le foyer utérin. On remplace parfois, à la vérité, la lame du scalpel par le poinçon du trocart ; mais ce dernier instrument expose tout autant que le premier à blesser des parties diverses qu'on voudrait respecter.

---

(1) On pourrait être surpris de la facilité avec laquelle, dans certaines opérations, on est arrivé à dissocier les parois rectale et uréthro-vésicale accolées. Le tissu cellulaire est ordinairement très-lâche dans le lieu que devrait occuper le vagin. Quelquefois ce canal est représenté par un cordon fibreux, plein, plus ou moins gros, et qui peut servir de guide pour arriver à l'utérus. Il ne faut pas s'attendre à trouver la laxité susdite dans les cas d'oblitération acquise et résultant d'adhérences cicatricielles. Entre les deux variétés principales d'absence congénitale du vagin et de disparition accidentelle de ce conduit, il paraît y avoir place pour une troisième variété, constituée par l'adhésion lente des parois sans travail inflammatoire patent, adhésion qui paraît se faire après la naissance, dans les premières années de la vie, sans être remarquée. D'autant plus solide qu'elle est plus ancienne, elle paraît commencer par une agglutination, et aller ensuite jusqu'à la fusion totale des parois adossées. Celles-ci peuvent-elles s'atrophier, à la longue, jusqu'à disparition complète, ou persistent-elles toujours au moins à l'état de vestiges ? C'est ce qu'il est impossible de trancher, faute de documents précis. Cette forme est importante à connaître, parce qu'elle n'implique pas de retour dans l'opération. Les adhérences, en effet, seraient dans l'enfance très-faciles à détruire par l'action seule du doigt ou des instruments mousses. Plus tard, au contraire, la séparation serait beaucoup plus difficile.

Amussat fait allusion à deux cas de ce genre qu'il avait traités avec succès, et qui lui suscitèrent l'idée d'appliquer le décollement mécanique chez Mme S. K...

On trouve, dans une brochure peu connue en France, une observation détaillée de soudure des parois vaginales, qui fut détruite à l'aide uniquement des doigts et d'un coup de ciseaux, chez une fille de trois ans,

Dans le *procédé mixte*, on fait encore l'opération en un seul temps, si l'on veut. On incise d'abord avec le tranchant les couches superficielles de l'obstacle, celles qui sont accessibles à la vue ; puis, en s'engageant dans la profondeur, on quitte le bistouri ; à l'aide des doigts on décolle alors l'urèthre et la vessie de la paroi antérieure du rectum, grâce à la laxité du tissu cellulaire interposé entre ces deux organes ; enfin on arrive à l'utérus distendu, que l'on ouvre, mais avec le secours encore d'un instrument tranchant ou piquant : incision à la superficie, décollement au milieu du chemin, puis ponction dans la profondeur, telle est la combinaison qui caractérise ce procédé.

Le procédé sanglant est le plus anciennement connu. Les premiers opérateurs durent songer naturellement à se frayer une voie avec l'instrument tranchant. Mais un jour survint un accident grave. Le fait, publié avec détails par un médecin illustre, eut un grand retentissement, qui dure encore aujourd'hui.

Je fais allusion à la fameuse observation citée par de Haën, et dans laquelle la vessie fut ouverte dans le cours de l'opération, alors qu'on croyait n'avoir incisé que l'hymen. Au dire de Boyer, un chirurgien célèbre, son contemporain, aurait eu le même malheur. C'est pourquoi M. Stoltz d'abord, puis Amussat, frappés sans doute des dangers inhérents à la dissection pratiquée dans les profondeurs de cette région, conçurent et exécutèrent des procédés plus sûrs. Le premier, en 1831, employa le procédé mixte ; le second, en 1832, le procédé du refoulement et du décollement, qui lui réussit bien, et qui a trouvé depuis des imitateurs, je dirai même des admirateurs enthousiastes, comme vous pourrez en juger par le passage suivant, extrait du remarquable ouvrage que viennent de publier deux médecins distingués des hôpitaux, MM. Bernutz et Goupil (1).

---

qu'un chirurgien avait déclarée ne devoir être opérée qu'à l'époque de la puberté (page 49). L'auteur, M. Edward Zeis (de Dresde), fait suivre cette histoire de remarques minutieuses sur les agglutinations muqueuses de la vie intra-utérine et du temps qui suit la naissance. (*Drei chirurgische Abhandlungen über die plastiche chirurgie der Celsius, über organische Verwachsung, und den in das Fleisch gewachsenen Nagel.* Dresde et Leipzig, 1843.)

(1) *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, grand in-8° ; Paris, 1860, Chamerot. — Qu'il me soit permis de recommander cet ouvrage important, conçu à la manière des monographies. C'est une œuvre lentement et rigoureusement élaborée, consciencieuse avant tout. Si elle n'est pas exempte de tout défaut, si les opinions qu'elle renferme sont parfois discutables, elle offre, en revanche, des qualités malheureu-

Après avoir relaté l'observation de de Haën, M. Bernutz s'exprime en ces termes :

..... « Je n'ajouterai qu'un mot de réflexion destiné à signaler les *immenses dangers* que font courir aux malades les tentatives souvent répétées depuis de Haën de créer un vagin à coups de bistouri, et l'avantage que paraît avoir, au moins au point de vue de la vie, le procédé par décollement, qui n'a entraîné d'accidents graves ni dans l'observation d'Amussat, ni dans celle qui m'est personnelle... Cette différence de léthalité m'a engagé à séparer les absences congénitales du vagin pour lesquelles on peut employer le procédé par décollement, des oblitérations fibreuses, congénitales ou de l'enfance, pour lesquelles il faut bien avoir recours à l'instrument tranchant, quoiqu'il soit toujours dans ces circonstances *infiniment dangereux*, beaucoup plus dangereux même qu'on ne le pense généralement. » (Page 46.)

Si l'on adoptait complétement l'opinion de M. Bernutz, il faudrait en conclure que l'emploi de l'instrument tranchant dans l'opération du vagin artificiel augmente beaucoup les chances de mortalité, qu'atténuera singulièrement au contraire le procédé d'Amussat. Cette conclusion me semble au moins très-exagérée ; c'est pourquoi il me paraît opportun de la réduire à sa juste valeur, et de mettre les praticiens en garde contre des promesses que les faits ne pourraient réaliser.

Pour cela, soumettons le procédé en question à une analyse minutieuse, et distinguons scrupuleusement les divers temps dont se compose l'opération qui a pour but de remédier à une absence plus ou moins complète du vagin avec rétention des règles.

Il y a évidemment trois indications à remplir :

1° La plus pressante consiste à évacuer le foyer pour donner issue au fluide retenu ;

2° Il faut s'ouvrir depuis l'extérieur jusqu'au foyer une voie plus ou moins longue, en côtoyant des parties importantes qu'il faut se garder de blesser ;

3° On doit assurer la permanence de la voie artificielle qu'on a établie.

Le procédé d'Amussat satisfait à la première indication comme les

---

sement trop rares, c'est-à-dire une érudition solide, étendue et de bon aloi, un cachet réel de véracité et un esprit sévère de critique. C'est un travail essentiellement scientifique, écrit sur un sujet exploité trop souvent dans des intentions bien différentes.

autres procédés, aussi bien, mais pas mieux. Cependant, sous ce rapport, il doit, dans quelques cas au moins, être défectueux en cela qu'il ne satisfait pas toujours au principe si important de l'*occasio prœceps*. Je m'expliquo :

Les accidents de la rétention menstruelle sont essentiellement intermittents; le chirurgien peut donc être appelé, soit pendant la rémission, soit pendant le paroxysme. Quoique en règle générale il faille s'abstenir d'opérer lorsque les accidents sont violents, et qu'il soit préférable d'attendre le rétablissement du calme, on peut avoir la main forcée et reconnaître l'impérieuse nécessité de faire cesser sur-le-champ la distension utérine. Dans ce cas, la manière dont Amussat ouvre la voie, étant essentiellement lente et exigeant plusieurs jours au moins, ne saurait convenir; l'opération doit être complète en un seul temps, et pour cela, les instruments piquants ou tranchants no peuvent être remplacés.

Lorsque les accès provoqués par la rétention menstruelle se sont renouvelés un certain nombre de fois et avec une certaine violence, les accidents sont plutôt rémittents qu'intermittents. J'entends dire par là que les rémissions complètes sont fort courtes, et que le plus souvent, dans l'intervalle des paroxysmes, l'abdomen reste douloureux, l'appareil utérin susceptible. Sous l'influence des manœuvres préparatoires à l'évacuation, l'orage assoupi peut se réveiller avec énergie, et l'on retombe alors dans les inconvénients avérés de l'action chirurgicale coïncidant avec le paroxysme.

Amussat lui-même avait si bien compris le mauvais côté de l'opération préliminaire trop prolongée, que dans les réflexions qui suivent la belle observation de Mlle S. K..., il nous dit : «Si je rencontrais un cas analogue à celui qui fait le sujet de cette observation..., je procéderais comme je l'ai fait, *mais je tenterais de détruire la soudure des organes dans une seule séance, et de faire la ponction de l'utérus immédiatement après.* » C'est, vous le voyez, une modification radicale à un procédé prolongé que celle qui consiste à le ramener à un seul temps et à le parachever séance tenante.

La seconde indication, ai-je dit, consiste à ouvrir la voie au fluide retenu, en suivant approximativement le trajet qu'occupe le vagin dans l'état normal. Or, ce trajet peut être divisé en trois régions superposées plus ou moins longues, et qu'il faut successivement traverser :

1° La région superficielle, ou hyménéale, ou vulvaire;

2° La région moyenne inter-uréthro ou vésico-rectale;

3° La région profonde ou utérine; en d'autres termes, la paroi inférieure du foyer.

Amussat, dans son procédé, employa une manœuvre opératoire différente pour ouvrir la route dans chacune de ces régions. Pour la première, c'était le refoulement de la muqueuse vulvaire exécuté avec le bout du doigt; pour la seconde, le déchirement du tissu cellulaire inter-uréthro-rectal, avec le doigt encore; pour la troisième enfin, l'instrument tranchant ou piquant, comme tout le monde.

Les observations prouvent que le refoulement seul ne peut conduire jusqu'à la paroi du foyer; qu'à un moment donné le doigt finit par perforer le sommet de l'infundibulum de la muqueuse, qui ne peut s'étendre ni prêter davantage, et que la voie créée se compose, en résumé, d'une dépression dans la première région, d'une plaie contuse dans la seconde, d'une solution de continuité ordinaire plus ou moins large dans la troisième.

Or, des trois sections du trajet, la moyenne seule me paraît périlleuse à traverser. C'est alors qu'on peut blesser et l'urèthre, et la vessie, et le rectum; c'est là qu'on doit redoubler de précautions et recourir à tous les moyens que la prudence conseille pour ne pas faire fausse route. J'adopte donc sans hésitation le principe du décollement avec le doigt ou les instruments mousses semblables ou analogues à ceux que Dieffenbach recommande pour ce but spécial. A qui faut-il rapporter l'honneur d'un précepte aussi simple? Je n'en sais vraiment rien, n'ayant pas là toutes les observations que renferment les archives de la science; je sais seulement qu'Amussat y insista beaucoup en 1835; mais je sais aussi que M. Stoltz en tira grand profit en 1834. Mais ce qui me paraît appartenir plus particulièrement au premier, c'est la manœuvre du refoulement à la superficie de la muqueuse; car le caractère le plus original de son procédé, c'est le temps que MM. Bernutz et Patry ont scrupuleusement imité. Je lui trouve, à vrai dire, quelques avantages, compensés outre mesure par des inconvénients. Examinons les uns et les autres.

Amussat et ses imitateurs ne paraissent avoir recherché dans cette manœuvre qu'un moyen sûr d'éviter les organes voisins. Or, il me semble que l'on peut, sans danger réel, entamer la superficie de l'obstacle à ciel ouvert avec le bistouri, et arriver ainsi d'emblée dans la région celluleuse inter-uréthro-rectale, où il est prudent de n'agir qu'avec les doigts. C'est ainsi qu'ont agi MM. Stoltz et A. Bérard; ils s'en sont bien trouvés. On m'objectera, je le sais, l'observation citée par de Haën, où l'incision simple de ce qu'on croyait n'être que l'hymen intéressa pourtant du premier coup l'urèthre et la vessie elle-même. Je répondrai qu'on ignore, dans ce cas, à quelle profondeur le bistouri a pénétré, que cette profondeur a dû être assez grande pour atteindre la vessie, qui descendrait difficilement jusqu'à la vulve.

— qu'on avait négligé sans doute pendant l'opération de maintenir une sonde dans l'urèthre ; — qu'enfin, les chirurgiens sont peut-être un peu plus habiles aujourd'hui qu'en l'an de grâce 1761. Le refoulement de la muqueuse me paraît donc inutile sous ce rapport, et je pense qu'il est plus expéditif et aussi innocent d'ouvrir la section superficielle de la voie à l'aide du bistouri.

Pour confirmer l'exclusion que je prononce, j'invoquerai les difficultés qu'ont éprouvées Amussat d'abord, MM. Bernutz et Patry ensuite, d'approcher du foyer utérin à l'aide du doigt seul.

Dans l'observation de Mlle S. K..., on commença le refoulement le 29 février, et l'on continua quotidiennement les séances jusqu'au 5 mars inclusivement. Le 2, le fond du cul-de-sac muqueux fut déchiré. On plaçait dans l'intervalle un morceau d'éponge préparée dans le trajet obtenu. Le décollement, le séjour de l'éponge étaient très-douloureux. Le 5, on était parvenu à l'utérus ; mais la courageuse fille demanda du répit. Le 7, le vagin était déjà fort rétréci et raccourci d'un cinquième. Le 8, il y eut des accidents généraux, dus probablement au séjour de l'éponge, « qui a déterminé beaucoup de douleurs et du spasme ».

Le 9, on opère. Le trocart pénètre dans la tumeur, dont la paroi avait encore *plusieurs lignes d'épaisseur*.

Dans l'observation de Catherine J..., M. Patry commence la dépression le 24 juillet ; le lendemain, la muqueuse se rompt sous les efforts du doigt. Le huitième jour, le conduit artificiel n'a encore qu'un centimètre et demi de profondeur. On pratique alors le décollement profond dans une longueur considérable. Aussi, le dixième jour, le vagin artificiel mesure 3 centimètres, et admet facilement le doigt. La fluctuation est facile à percevoir. Pendant toutes ces manœuvres, Catherine a éprouvé de vives douleurs ; mais elle était résignée à tout souffrir pour mettre un terme à sa cruelle position.

Le 6 août, c'est-à-dire après treize jours de douleurs préparatoires, on ponctionna l'utérus avec un trocart qui eut à traverser un tissu résistant assez épais.

Vous le voyez, le procédé mécanique n'est pas sans inconvénients ; mais pour achever de vous convaincre, je vais citer textuellement un passage émané d'une source dont vous ne suspecterez point l'impartialité.

« Je dois dire que le procédé d'Amussat, qui paraît très-séduisant au premier abord, est suivi, quand on l'applique conformément aux préceptes de son auteur, d'assez nombreux mécomptes. On voit d'abord que la muqueuse des parties génitales externes ne peut être indéfiniment refoulée, et que sous l'influence de la distension qu'on lui a fait subir dans la première séance, et du travail inflammatoire

dont elle devient le siége, elle cède à la deuxième ou troisième séance, et qu'alors le doigt chargé de la refouler se trouve en plein tissu cellulaire ; de sorte que c'est alors une véritable énucléation qui se produit... Il résulte de cette perforation de la muqueuse refoulée et de la première énucléation produite un travail inflammatoire qui, dans mon observation comme dans celle d'Amussat, a pu être enrayé, mais qui peut être grave, et qui, en tout cas, force à suspendre pendant plusieurs jours toute tentative. Il en résulte surtout que toutes les tentatives ultérieures sont très-douloureuses, et l'emploi des corps dilatants très-difficilement supporté pendant le mois nécessaire à une dilatation suffisante pour procéder au dernier temps de l'opération, qui exige qu'on introduise un spéculum dans cette plaie, si souvent contuse, pour mettre en communication, à l'aide d'une ponction, le col utérin et le vagin institué.

» L'observation d'Amussat à la main, j'ai employé son procédé ; il m'est resté de cette tentative la conviction que ce procédé sera toujours difficile à appliquer, non pour le mode opératoire, car il est très-simple, mais parce que s'il est facile d'obtenir d'une malade de se soumettre résolûment à une opération faite en une fois, il est très-difficile qu'elle ne devienne pas récalcitrante quand cette opération devra être pour ainsi dire dix fois renouvelée ; aussi il est à craindre, si l'on n'arrive pas à modifier le procédé d'Amussat, que le plus grand nombre des malades manqueront du courage nécessaire pour un acte opératoire aussi prolongé, et que si elles n'y sont pas forcées, elles renonceront à l'opération au moment où l'on n'aurait plus que le dernier temps à exécuter. »

Vous venez d'entendre une sorte de réquisitoire décisif qui conclut presque à l'abandon du procédé incriminé, s'il n'est pas modifié ; peut-être n'apprendrez-vous pas sans surprise que ce passage a été écrit précisément par M. Bernutz, dans l'ouvrage même où, à quelques pages de distance, il se montrait si chaud partisan de l'opération d'Amussat. C'est qu'en effet il le mit en usage sans résultat primitif important, puisqu'il n'arriva pas à ponctionner l'utérus, et sans plus de résultat définitif, puisqu'au bout de quelque temps les règles s'échappèrent de nouveau par l'intermédiaire d'une fistule génito-rectale, absolument comme avant le traitement entrepris (1).

Amussat d'abord, M. Patry ensuite furent à la vérité plus heureux,

(1) Voir les détails circonstanciés de ce fait dans l'ouvrage de MM. Bernutz et Goupil, p. 307 ; le paragraphe que j'ai reproduit est à la page 306.

et purent terminer complétement l'opération, de sorte que le procédé pourrait être conservé à la rigueur, s'il n'avait pas d'autres désavantages que sa longueur, ses difficultés et les souffrances cruelles qu'il impose aux malades.

Et si en revanche il sauvegardait la vie des malades beaucoup plus sûrement que le procédé sanglant, comme M. Bernutz le dit de la façon la plus complète ; malheureusement on ne peut point compter sur une semblable innocuité.

Le procédé d'Amussat a été jusqu'à ce jour employé trois fois à notre connaissance. J'accorde volontiers qu'il n'a pas encore été suivi par la mort; mais cela ne prouve rien, si ce n'est l'existence d'une petite série heureuse; le procédé sanglant pourrait en exhiber tout autant. Si on examine attentivement les trois observations susdites, on voit en effet que si les opérées ont échappé à la mort, elles ont cependant éprouvé des accidents très-alarmants qui, poussés un peu plus loin, auraient amené l'issue funeste.

Au douzième jour après l'opération, Mme S. K.... était dans l'état le plus grave et son existence fut longtemps menacée. Vous avez vu que Catherine J... fut à deux doigts de sa perte et que la péritonite faillit plusieurs fois l'emporter. L'opérée de M. Bernutz courut moins de dangers ; mais n'oublions pas que chez elle *le foyer du sang retenu ne fut pas ouvert*, ce qui établit une différence capitale entre cette observation et les deux autres.

Enfin, et je terminerai par là cette critique prolixe, qui déjà vous fatigue peut-être, le procédé d'Amussat remplit-il mieux que les autres la troisième indication du traitement? assure-t-il mieux que les autres la permanence de la voie artificielle, complément si important de la cure, condition essentielle d'une guérison radicale? Nous n'avons pour répondre à cette question que deux faits. Dans l'observation d'Amussat la menstruation finit par se rétablir, mais à plusieurs reprises les phénomènes de rétention menstruelle se renouvelèrent et se montrèrent assez menaçants. Dans l'observation de M. Patry, il fallut, sept mois environ après la première opération, ponctionner l'utérus, dont l'ouverture artificielle n'avait pas persisté. La première tentative n'avait pas été inutile à coup sûr, mais elle n'avait pas été radicale.

Le procédé Amussat ne garantit donc pas mieux que les autres contre la récidive. Toutefois, je reconnais volontiers que si l'oblitération ou le rétrécissement se reproduisent dans la profondeur, c'est-à-dire dans le segment utérin de la voie créée, le vagin proprement dit semble persister avec une longueur et une ampleur assez considérables; c'est ce qui ressort des deux faits susdits et aussi de celui

de M. Bernutz. Amussat l'explique bien par l'ascension de la muqueuse vulvaire, qui, attirée par la rétraction inodulaire, tapisserait toute la partie inférieure du vagin artificiel. Peut-être le refoulement de la muqueuse contribue-t-il efficacement à la réalisation de cette autoplastie naturelle.

Si vous avez daigné, Messieurs, suivre la discussion minutieuse à laquelle je viens de me livrer, vous avez déjà pu voir où je veux en venir. Dans le cas d'absence congénitale de la totalité ou de la plus grande partie du vagin, avec persistance de la menstruation et rétention menstruelle, trois procédés s'offrent au chirurgien. Or, je choisis sans hésiter celui que j'ai désigné sous le nom de procédé mixte. Je rejette donc aussi bien l'emploi exclusif de l'instrument tranchant que les manœuvres mécaniques non moins exclusives.

J'ai d'ailleurs une autre intention, en soumettant à une critique approfondie le procédé d'Amussat. Je ne songe nullement à faire une opposition puérile à une opération qui a rendu des services, mais je désire plutôt dissiper des illusions sans base solide. Si l'on croyait, en effet, conjurer à l'aide de ce procédé les accidents redoutables qui suivent trop souvent la création d'un vagin artificiel, on se tromperait et l'on concevrait une sécurité dangereuse. Dans les entreprises chirurgicales qui exposent la vie, rien ne me paraît plus funeste que de méconnaître les sources réelles du péril, car on les néglige pour lutter sans profit contre des causes imaginaires. Les insuccès et les revers restent sans enseignement.

Si au lieu de se borner à l'examen des observations trop peu nombreuses encore d'absence du vagin, on analyse avec soin tous les faits d'atrésie génitale, et par conséquent les opérations très-diverses qu'exigent les variétés très-différentes aussi de la gynatrésie, on arrive à se convaincre que la plaie faite par le chirurgien n'est presque jamais le point de départ des accidents; que le procédé opératoire, par conséquent, ne joue qu'un rôle assez secondaire.

L'incision de la membrane hymen, la division d'un même diaphragme vaginal, la ponction au fond du vagin d'un utérus obturé par un simple repli muqueux, sont des opérations aussi élémentaires quant au manuel que l'ouverture d'un abcès sous-cutané, et cependant la mort peut s'ensuivre; tandis que la dissection laborieuse, qui traverse tout l'espace compris entre l'utérus et la vulve, peut fort bien n'entraîner aucun accident notable.

De plusieurs femmes opérées de la même manière, et pour des vices de conformation à peu près semblables, l'une guérira promptement, l'autre après avoir côtoyé plusieurs fois la mort. Celle-ci succombera à une péritonite foudroyante, causée par une rupture de

la trompe; celle-là, à une métrite chronique; une troisième, à l'infection putride, qui l'épuisera lentement ou l'empoisonnera en quelques jours.

Il est bien clair que ces terminaisons si variées sont régies par autre chose que la lame du bistouri. Si on scrute avec attention les causes probables des accidents, on découvre qu'ils ont été provoqués par la persistance des phénomènes de rétention, par le défaut de retrait des parois du foyer, par la putréfaction du sang retenu par l'inflammation de la matrice et de ses annexes; on s'aperçoit que l'on a trop attendu pour opérer, ou qu'au contraire on s'est trop pressé, qu'en un mot on n'a pas saisi exactement l'indication d'opportunité. Et puis on voit encore qu'ici l'évacuation a été trop brusque, qu'elle a été là trop lente au contraire; que l'ouverture a été trop large dans un cas, trop étroite dans l'autre; qu'en un troisième les pressions adjuvantes sur l'abdomen ont été funestes, mais que parfois il est utile de favoriser la contraction du foyer; que les injections détersives, favorables dans une circonstance, ont provoqué dans une autre l'explosion de symptômes terribles; que les corps étrangers portés dans la voie artificielle assurent sa perméabilité, mais qu'ils sont la cause provocatrice d'inflammations, de douleurs et de spasmes. En se mettant ainsi sur le véritable terrain de la clinique, on prévient bien plus sûrement les complications, et si elles surgissent en dépit des prévisions, on les combat avec beaucoup plus d'efficacité.

On ne se contente d'ailleurs pas de tracer les règles du traitement pour une variété isolée de l'atrésie génitale, on résout du même coup toute la thérapeutique de cette nombreuse tribu morbide; par conséquent, ici comme dans bien d'autres circonstances, l'analyse approfondie d'un nombre immense de faits disparates conduit à une simplification très-grande pour la science et surtout pour l'art.

J'aurais voulu, Messieurs, faire plus qu'une esquisse de tous les problèmes importants que soulève cette vaste question, mais j'aurais été porté trop loin; j'aime mieux me borner, espérant d'ailleurs que vous voudrez bien honorer ce rapport d'une discussion que j'appelle de tous mes vœux, car tous profiteront du tribut de votre expérience, aux propositions de médecine opératoire que je vais essayer de formuler:

1° L'absence complète ou étendue du vagin peut être congénitale ou accidentelle. Cette dernière peut résulter d'une agglutination lentement et sourdement formée, ou d'un accolement inodulaire par suite de perte de substance. Dans le cas d'absence accidentelle, on ne peut que difficilement poser des règles opératoires; mais il est

certain que le plus souvent on devra frayer la voie d'un bout à l'autre à l'aide de l'instrument tranchant.

2° Dans l'absence congénitale, au contraire, on ouvrira la route avec le bistouri ; on progressera entre le rectum et l'urèthre avec les doigts ou des instruments mousses ; enfin, on reprendra le tranchant dans la profondeur pour ouvrir le foyer sanguin. Le procédé ainsi combiné est intermédiaire au procédé sanglant pur et au procédé mécanique de M. Amussat ; il réunit les avantages de chacun d'eux, sans en partager les inconvénients et les dangers.

Il pourra au besoin être exécuté en une seule séance et avec l'aide de l'anesthésie.

3° Le procédé sanglant en effet expose, vers le milieu du trajet qu'on veut créer, à des accidents opératoires, tels que la blessure de l'urèthre, de la vessie, du rectum, peut-être même du péritoine. Ces accidents sont fâcheux, moins graves cependant qu'on ne l'a dit, et aussi plus rares qu'on ne l'a insinué. Cependant, c'est un devoir pour le chirurgien de ne rien négliger pour les éviter.

4° Le procédé mécanique est long et douloureux ; il peut ne pas être conduit à son terme ; il met à l'abri des incidents opératoires fâcheux qu'on a reprochés à l'emploi exclusif du bistouri ; mais, comme suites consécutives et comme résultats définitifs, il ne garantit pas plus que les autres contre les complications viscérales redoutables, et n'assure pas mieux non plus la cure radicale.

5° Tout porte à croire que le procédé opératoire choisi n'exerce qu'une influence tout à fait secondaire sur le développement ou l'absence des accidents primitifs et consécutifs, et par conséquent sur la marche, l'issue et le résultat ultérieur du traitement institué. C'est ailleurs qu'il faut chercher les causes de la gravité très-grande que présentent les opérations du vagin artificiel entreprises pour remédier à la rétention menstruelle. La médecine opératoire n'intervient que pour décider le moment opportun pour l'opération, puis pour trancher la question indécise encore des évacuations en un seul ou en plusieurs temps des ouvertures grandes ou petites, etc., pour réaliser les conditions favorables à la permanence de la cure. C'est à la thérapeutique qu'incombe le soin de prévenir les complications, de les combattre, et d'établir enfin les préceptes au moyen desquels on pourra diminuer, sinon faire disparaître, les chances funestes trop nombreuses après des opérations dont l'exécution est en somme assez facile, moyennant l'observation de quelques règles assez simples.

M. HUGUIER partage l'avis de M. Verneuil dans la préférence qu'il accorde à l'instrument tranchant sur le décollement pour la création d'un vagin artificiel.

Il a opéré une jeune fille par une incision cruciale faite entre l'anus et l'urèthre. Ayant introduit l'indicateur dans le rectum, placé son pouce au-dessous de l'urèthre et mis une sonde dans la vessie, il a pu cheminer ainsi à petits coups de bistouri et avec sécurité jusqu'au col de l'utérus, qu'il trouva fermé. Il crut convenable de ne pas aller plus loin et d'attendre que la poussée des règles vînt dilater l'utérus. La jeune fille n'éprouva aucun accident; elle conserva son vagin artificiel et put se marier. Lorsque les règles vinrent faire bomber le col de l'utérus dans le vagin, la voie leur fut ouverte : les choses se sont maintenues en bon état.

Sur une autre jeune fille il marcha de la même manière dans l'espace de 0,3 centimètres, de la surface du périnée vers sa profondeur. Il trouva à cette distance le vagin et le col dilatés. Un flot de sang présentant les caractères qu'il affecte en pareil cas suivit son dernier coup de bistouri. L'opération eut les suites les plus heureuses.

M. Huguier reproche au procédé par décollement d'être long et douloureux, sans donner plus de sécurité que le procédé par le bistouri. Les parois du rectum et de la vessie ne sont pas très-résistantes et peuvent être aussi bien déchirées par le doigt que coupées par le bistouri. Ce dernier instrument, manié avec habileté, ne va que jusqu'où l'on veut : le doigt peut pénétrer avec assez de facilité dans le cul-de-sac recto-vaginal, et donner lieu à des accidents de la dernière gravité.

M. Huguier a opéré trois fois par le bistouri des imperforations du vagin; peut-être a-t-il eu du bonheur, mais il n'a jamais eu à déplorer d'accident.

M. CAZEAUX fait remarquer que l'opération n'a de danger que dans le cas où elle donne issue au sang des règles.

La présence dans l'utérus de ce liquide vicié par le contact de l'air paraît déterminer des métro-péritonites. Il s'oppose à toute opération dans les cas d'imperforation de l'hymen chez les femmes pubères, et préfère les accidents de compression que détermine la rétention des règles aux accidents qui peuvent naître de l'opération.

Il faut, suivant lui, examiner les femmes présentant quelque imperfection des organes génitaux, avant l'apparition des règles; on peut alors les opérer sans danger.

M. VERNEUIL a cru devoir donner quelque étendue à son rapport, parce qu'il n'existe pas dans la science de monographie sur la création du vagin artificiel. Cette opération peut être entreprise dans deux buts différents : l'un pour permettre le rapprochement des sexes, l'autre pour donner un libre écoulement aux menstrues.

Le premier a été mis en pratique pour la première fois par

M. Stolz. Ce chirurgien procéda par décollement, et n'observa aucun accident. A. Bérard fit une opération analogue et respecta l'utérus, s'étant aperçu que la cloison rectale avait été intéressée; néanmoins il n'eut pas d'accidents à déplorer. Il existe plusieurs observations semblables.

L'ouverture du foyer sanguin constitue donc la seule gravité de l'opération. Boyer cite vaguement quelques opérations de cette dernière catégorie qui toutes ont été suivies de mort. Il semble désigner Dupuytren comme ayant été l'opérateur. Diffenbach a rapporté une curieuse observation, dans laquelle l'utérus ne fut ouvert qu'après que le rectum et la vessie avaient été tous deux intéressés : la guérison fut obtenue.

M. Verneuil pense que dans une opération semblable il est impossible de poser des principes généraux, et qu'il doit être indiqué d'agir tantôt avec le doigt, tantôt avec le bistouri, employés tour à tour, suivant la résistance offerte par les tissus à diviser.

M. HUGUIER est convaincu de la prévalence du bistouri sur le doigt, attendu que l'incision de la vessie ou du rectum expose moins que leur déchirure à des fistules.

L'observation de Diffenbach vient à l'appui de sa manière de voir.

M. RICHARD rapporte qu'il y a un an une dame de quarante ans fut atteinte d'une hémorrhagie utérine, qu'on arrêta avec un tampon de charpie imbibée de perchlorure de fer. Depuis cette époque les règles et quelques pertes blanches, existant depuis longtemps, furent supprimées : il y avait une atrésie du vagin. Huit mois après le ventre se tuméfia, des douleurs vives se déclarèrent, et la malade fut sous l'imminence d'une péritonite.

M. Richard rétablit le vagin au moyen du bistouri. Après une opération d'un quart d'heure, conduite avec les plus grandes précautions, il ouvrit une poche d'où s'échappa un verre et demi de sang. La malade guérit bien, mais après avoir éprouvé de sérieux accidents.

Notre collègue appelle l'attention sur 'action profonde et fâcheuse du perchlorure de fer, qu'il a déjà pu constater après son application à l'anus pour combattre une hémorrhagie consécutive à l'ablation d'hémorrhoïdes par l'écraseur linéaire.

M. ROBERT pense que les insinuations de Boyer à propos de femmes opérées par Dupuytren pour des atrésies du vagin, et mortes consécutivement, sont tout à fait dénuées de preuves.

Elève interne dans le service de Dupuytren, il a vu plusieurs atrésies du vagin résultant de vaginites. Dupuytren n'était pas arrêté par les difficultés de l'opération nécessaire au rétablissement du canal;

mais il redoutait beaucoup la pénétration de l'air dans le foyer sanguin, comme pouvant donner lieu à des métro-péritonites.

Il redoutait davantage encore les atrésies congénitales du vagin, en raison des dangers d'une opération pratiquée sur des parties dont la disposition est inconnue.

M. Robert n'a aucun souvenir des malades opérées et mortes auxquelles Boyer fait allusion; mais il se rappelle que Dupuytren n'était pas très-satisfait de sa pratique sur ce point, car il n'opérait pas toujours et conseillait un traitement consistant en de petites saignées mensuelles au moment où les règles auraient dû paraître.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN considère aussi que le danger de l'opération consiste dans l'ouverture du foyer sanguin. Dans un cas d'imperforation du col, il a fait par le vagin une ponction avec le trocart, à la face postérieure de l'utérus, et a laissé sa canule en place pour permettre l'écoulement graduel du sang.

Il regarde comme très-dangereux l'emploi du perchlorure de fer pour combattre les hémorrhagies utérines; il a vu la mort être la conséquence de cette pratique.

M. HUGUIER distingue l'atrésie incomplète du vagin de l'absence totale de cet organe. Les incisions pratiquées dans le but d'agrandir ce canal lui paraissent plus graves que celles qui ont pour but de le créer. Dans le premier cas, il existe en effet autour du vagin un plexus veineux considérable, dont l'incision fatalement nécessaire expose aux phlébites et consécutivement à la péritonite. Dans le second cas, ce plexus n'existe pas.

Il a eu à déplorer la perte d'une malade qu'il avait opérée par incision d'une coarctation vaginale.

Il pense que dans les cas de rétrécissement, il convient de procéder par la dilatation graduelle et très-lente; c'est le procédé qu'il a suivi sur le sujet présentant l'apparence de l'hermaphrodisme qu'il a fait voir à la Société.

M. DEMARQUAY, consulté par une dame qui déjà avait subi une opération par incision pour un rétrécissement du vagin, et chez laquelle la vessie avait été ouverte, n'a pas voulu, en raison des adhérences multiples existantes, accéder au désir de la malade qui s'adressait à lui pour être opérée une seconde fois.

M. A. GUÉRIN a pratiqué une fois la création d'un vagin artificiel et quatre fois des opérations destinées au rétablissement du vagin obturé à la suite de cautérisations ou d'inflammations. Toujours il s'est servi du bistouri.

En créant un vagin artificiel, il a rencontré des tissus parfaitement homogènes, ne rappelant en aucune façon l'adossement ou l'accole-

ment des parois du vagin absent. Il put faire pénétrer un petit spéculum dans le canal de nouvelle formation, qui se rétrécit et disparut presque totalement avant la sortie de la malade de l'hôpital.

M. Guérin pense qu'il est impossible dans tous les cas de ne pas ouvrir des vaisseaux considérables; aussi a-t-il toujours eu des flots de sang. Il a toujours opéré en plusieurs temps, mettant un tampon dans l'incision qu'il venait de faire, et attendant pour en pratiquer une nouvelle que celle-ci fût cicatrisée. L'opération ne lui a pas semblé présenter de difficultés.

M. GIRALDÈS craint que M. Richard n'attribue à tort à l'action du perchlorure de fer l'atrésie du rectum qu'il a observée; la solution de perchlorure à 30° n'est pas assez caustique pour produire des eschares et amener consécutivement une coarctation. Il demande le degré de la solution de perchlorure de fer employée par M. Richard. Il est disposé à croire que cet accident a été la conséquence de l'emploi de l'écraseur pour enlever les hémorrhoïdes.

M. RICHARD n'a admis la production du rétrécissement de l'anus après l'usage du perchlorure de fer, que sous forme dubitative, bien qu'il se soit mis à l'abri de toute coarctation en opérant avec l'écraseur. La solution qu'il a employée était à 26°, et n'a pas produit de mortification.

Quant à l'atrésie du vagin dont il a parlé, il ne saurait y trouver d'autre cause que celle qu'il a signalée.

M. DEBOUT fait observer que le perchlorure de fer agit mieux comme hémostatique en solution faible, de 5 à 10°, qu'en solution plus concentrée et par conséquent plus caustique.

M. CHASSAIGNAC partage les craintes de M. Verneuil sur le danger de l'introduction de corps étrangers dans le col de l'utérus. Certains corps étrangers peuvent cependant rendre des services. Une fille de dix-sept ans se présenta à l'hôpital de Lariboisière; elle n'avait jamais eu ses règles, elle avait l'abdomen développé comme une femme grosse de sept mois. Au-dessous de la symphyse du pubis et en avant de l'anus, on voyait une énorme saillie occupant la place du vagin : en avant de cette saillie, et immédiatement accolée derrière la symphyse, on rencontrait une cavité très-vaste que la sonde pouvait parcourir dans une grande étendue. Les médecins consultants restèrent indécis de savoir si cette cavité était celle de la vessie ou celle de l'utérus.

M. Chassaignac fit une double ponction dans la saillie vaginale, et y passa un tube en caoutchouc vulcanisé percé de trous également distants d'un centimètre les uns des autres, qu'il noua en anse. Le liquide menstruel s'écoula, et aucun accident ne survint. Les tubes

en caoutchouc présentent cet avantage qu'ils n'obstruent en aucune façon les orifices qu'ils occupent et permettent le libre écoulement des liquides au dehors.

M. HUGUIER fait observer que M. Verneuil n'a parlé que des dangers de la présence des corps étrangers dans l'utérus, et qu'il n'a pas reproché les mêmes inconvénients à leur présence dans le vagin.

Sans rejeter complétement le procédé par décollement dans l'opération du vagin artificiel pour les cas d'atrésie complète, il insiste sur les avantages de l'emploi du bistouri, qui permet de mieux ménager le cul-de-sac péritonéal, connu sous le nom de cul-de-sac utéro-rectal, et qui serait peut-être mieux nommé cul-de-sac recto-vaginal.

Il pense aussi que, lorsqu'on opère en un seul temps, on s'expose à voir survenir de graves accidents : il semble cependant que les accidents soient d'autant plus à craindre que l'on agit dans une portion plus élevée du vagin.

M. Huguier rappelle qu'il n'a pas eu à déplorer d'accidents, bien qu'il ait opéré dans des cas de rétention du liquide menstruel.

— La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre le rapport sur les thèses envoyées au concours du prix Duval.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

Séance du 16 janvier 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la précédente séance (2 janvier) est lu et adopté.

M. MARJOLIN remercie les membres de la Société de l'honneur qu'ils lui ont fait en le désignant pour présider leurs travaux, et termine en disant que chacun des membres lui a rendu faciles les fonctions qui lui avaient été confiées. Il invite les membres nouvellement élus à prendre place au bureau.

M. LABORIE, en prenant possession du fauteuil de la présidence, prononce le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

En prenant place à votre bureau comme président de la Société de chirurgie de Paris, je dois d'abord vous exprimer toute ma gratitude pour l'insigne honneur que vous m'avez fait en m'accordant vos suffrages.

En songeant à l'insuffisance de mes titres à une aussi grande bienveillance, je ne puis la considérer que comme une récompense de mon zèle à me mettre au service de la Société. Avant d'avoir l'honneur de siéger parmi vous comme membre titulaire, frappé de l'importance de vos travaux, j'ai peut-être contribué pour une part à la grande publicité de vos séances ; et pendant plusieurs années j'ai été heureux de reproduire officieusement vos savantes discussions dans un des journaux les plus répandus. Après ce stage, vous m'avez accueilli parmi vous, et vous avez bien voulu pendant plusieurs années me confier la rédaction de vos procès-verbaux ; ma nomination à la présidence acquitte bien au delà de sa valeur un service qui profitait surtout à celui qui était si heureux de vous le rendre. Je n'ai pas à vous dire combien je suis reconnaissant, et avec quel dévouement assidu je m'efforcerai de remplir les fonctions honorables que vous m'avez confiées.

La Société de chirurgie de Paris a pris dans la science un rang élevé, et cette place légitimement acquise est due entièrement à l'importance de ses travaux. Une dizaine de volumes de *Bulletins*, précieuse collection de faits empruntés à tous les hôpitaux de Paris ; plus de cinq volumes de mémoires originaux, constituent un appoint scientifique sans analogue parmi tant de sociétés savantes.

Pour parfaire de telles œuvres, vous avez agi sans appui, simplement soutenus par la puissance de votre vouloir. Comment la réputation ne viendrait-elle pas couronner de tels labeurs? Aussi, Messieurs et chers collègues, sommes-nous tous heureux et fiers en voyant le nom de notre Société aussi universellement connu ; en compulsant les listes de nos associés et de nos correspondants nationaux et étrangers, en considérant la valeur des chirurgiens qui désirent s'adjoindre à nous, on peut prendre une idée de la popularité que nous avons conquise.

Aussi, en commençant cette nouvelle année de travail, ne pouvons-nous former d'autres vœux que de voir se continuer cette œuvre déjà si remarquable ; pour perpétuer vos succès, vous avez en vous une puissance irrésistible, l'amour de la science, cet amour qui, suivant Montesquieu, est *presque en nous la seule passion éternelle* ; paroles profondément vraies, paroles consolantes, qui indiquent la source intarissable à laquelle on *peut puiser un bonheur qui nous suive dans tous les âges*.

C'est cet amour qui consacre une éternelle jeunesse à nos maîtres qui, arrivés aux plus éminentes positions de la carrière scientifique, n'en viennent pas moins prendre une part assidue à nos travaux et donner à nos discussions la consécration de leur haute expérience.

Leur présence parmi nous prouve quel degré d'estime a su mériter la Société de chirurgie.

Poursuivez donc, Messieurs et chers collègues, le cours de vos laborieuses études; vous avez dès maintenant conquis la plus noble des récompenses, la considération. Votre passé dit assez que vous saurez la conserver.

Je ne terminerai pas sans vous proposer de voter par acclamations des remercîments aux membres du bureau, à notre excellent président M. Marjolin, qui a voué aux intérêts de la Société un culte qui jamais ne s'est démenti ; à notre savant secrétaire général M. Broca, qui, dans notre dernière séance, nous a fait entendre une nouvelle biographie écrite avec l'éloquence du cœur, et à nos deux secrétaires qui ont si bien rempli la très-laborieuse mission qu'ils avaient acceptée. La rédaction de nos procès-verbaux n'a jamais été ni plus exacte ni plus fidèle. Un seul mot encore à notre honorable collègue M. Legouest. Je crois être l'interprète de toute la Société en le félicitant et en le remerciant du magnifique éloge communiqué dans la séance annuelle. Il nous a tous tenus sous le charme d'une parole facile et élégante, et a ajouté à nos Mémoires une biographie qui ferait l'ornement des meilleurs recueils académiques.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Jules Worms, *De l'extirpation des kystes de l'ovaire.* Paris, 1860, in-8°.

— Brun-Séchand, *Études complémentaires relatives aux intérêts moraux et matériels de la profession médicale.* Limoges, 1860, in-8°.

— M. Larrey offre à la Société, de la part de l'auteur M. Daniel Brainard, de Chicago (Illinois), un fascicule d'observations intitulé : *Report on Surgery.* Chicago, 1860, in-8°.

— M. Giraldès offre à la Société, de la part de M. Prescott-Hewett, membre correspondant étranger, le premier volume d'un ouvrage édité par M. Holmes, et intitulé : *A System of surgery, theoretical and practical.*

Cet ouvrage se compose de traités partiels, écrits par divers auteurs, et dont l'ensemble constituera un traité complet de chirurgie. Ce premier volume renferme la pathologie chirurgicale générale ; il a été écrit par MM. John Simon, Holmes, J. Paget, de Morgan, Callender, Poland, Barclay, Savory, Lee, Moore et Hornidge.

— La Société a reçu, en outre, le tome XXV des *Bulletins de l'Académie impériale de médecine,* 1859-1860, in-8°, et le tome XXIV des *Mémoires* de la même Académie, 1860, in-4°.

— M. le docteur Clément Ollivier, d'Ingrandes-sur-Loire, adresse un mémoire manuscrit intitulé : *Traitement des fistules vésico-vaginales*. (Commissaires, MM. Bauchet, Verneuil et Chassaignac; M. Bauchet, rapporteur.)

PRÉSENTATION.

M. MARJOLIN présente un enfant de quatorze ans qui offre l'exemple d'une anomalie très-rare et très-remarquable. Cet enfant a trois membres inférieurs; trois cuisses, trois jambes, trois pieds. Du côté gauche, il n'y a point d'anomalie; du côté droit, il y a deux membres: l'un en dedans, sur lequel l'enfant s'appuie dans la marche; l'autre qui est relevé et qui se place contre la fesse. Au membre de sustentation, on ne sent pour la jambe qu'un seul tibia, et on ne trouve que deux orteils; l'autre membre présente un tibia et un péroné, et le pied à six orteils.

Cet enfant, déjà présenté à l'Académie par M. Larrey, sera examiné avec soin, car aucun des membres de sa famille ou de ses ascendants ne présente de vice de conformation.

Le président désigne, pour étudier ce vice de conformation et en rendre compte à la Société, MM. Houel et Marjolin.

RAPPORT.

M. CULLERIER lit un rapport sur un travail envoyé à la Société par M. le docteur Azéma, et ayant pour titre : *De l'ulcère de Mozambique*.

Je viens vous rendre compte d'un mémoire qui vous a été adressé par le docteur Mazaé-Azéma, ancien élève des hôpitaux de Paris, et aujourd'hui médecin de l'hôpital civil de Saint-Denis (île de la Réunion).

Ce travail est une étude sur l'ulcère de Mozambique, que ni M. Larrey, ni M. Deguise, ni moi, à l'examen desquels il a été renvoyé, nous ne connaissons nullement, et qu'il est probable qu'aucun des membres de la Société ne connaît davantage, si ce n'est peut-être par quelques rares et très-courtes descriptions, éparses çà et là dans des auteurs qui le plus souvent ne l'ont jamais vu. C'est que, en effet, cette affection ne paraît exister que dans certaines parties de l'Afrique où en général les Européens ne pénètrent guère, ou bien elle se montre sur les indigènes de ces contrées transportés momentanément sous d'autres latitudes.

Voici comment M. Azéma s'exprime sur la maladie dont il nous adresse la description.

Je suis obligé de vous présenter cette description complète, afin de vous donner l'idée le plus exactement possible de la maladie.

L'ulcère de Mozambique débute sans prodromes. Il est originairement constitué par une élevure, par un petit bouton, variant de la dimension d'une tête d'épingle à un grain de lentille, et rempli d'une sérosité jaunâtre. Cette élevure est le siége d'une vive démangeaison, comparable à celle que provoque l'apparition de *bourbouilles* (*lichen tropicus*). Ce prurit oblige bientôt le malade à gratter la partie où siége cette élevure et à déchirer celle-ci ; une petite perte de substance lui succède. Elle s'agrandit chaque jour, et ne tarde pas à s'entourer d'un décollement circulaire de la peau.

Il est ordinaire, à cette période, d'observer un petit ulcère rond ayant au plus un demi-centimètre de diamètre, blafard, se recouvrant facilement d'une croûte jaunâtre, et dont le fond s'étend bien au delà du pourtour extérieur, de façon à former un cul-de-sac, un véritable décollement circulaire. Il s'en écoule une matière séro-purulente, qui présente assez de plasticité pour reproduire avec beaucoup de facilité la croûte jaunâtre qui recouvre l'ulcère durant cette période. Les tissus environnants sont le siége d'un léger gonflement œdémateux. Au bout d'un temps plus ou moins long, le travail ulcératif finit par détruire la portion de peau décollée ; et l'ulcère de Mozambique, entrant dans sa véritable période de progrès, apparaît avec les caractères que je vais lui assigner.

Quelquefois une simple plaie, une écorchure, devient le point de départ de l'ulcère. Cette origine est surtout fréquente lorsque la plaie a été produite par la piqûre d'un fragment de corail, par celle que provoquent les aiguillons de la raquette, alors que cette plaie a été en contact avec l'eau de mer. C'est surtout chez les Malgaches que ce dernier cas s'observe.

Enfin, un autre mode de formation, qui préside au début de l'ulcère, trouve sa source dans le voisinage même d'un ulcère plus ancien. C'est ainsi qu'il arrive quelquefois, bien rarement il est vrai, que la matière sanieuse qui s'en écoule, par suite de l'âcreté qui la caractérise, et non par les qualités contagieuses qu'on a voulu lui reconnaître, finit, en passant sur les tissus inférieurs, par y développer une multitude de petites vésicules. Celles-ci, en se rompant, se réunissent, se confondent les unes avec les autres, et un second ulcère s'établit sur la partie où elles siégeaient.

Cet ulcère affectionne la forme circulaire. Lorsqu'il n'est pas gêné dans son développement, qu'il repose sur des parties molles où il rencontre tout l'espace nécessaire à son évolution, comme aux régions postérieure et interne de la jambe, il forme un cercle complet, régulier. Cette forme peut néanmoins varier, suivant le lieu où siége l'ulcère. Ainsi, dans un cas où toute la face dorsale du pied

était envahie, le pourtour se composait bien de lignes courbes, mais l'ulcère, arrêté par les côtés du pied, avait gagné vers le haut jusqu'au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, donnant ainsi lieu à deux diamètres ; un antéro-postérieur, l'autre latéral. Exceptionnellement, et seulement dans l'intervalle des orteils, on observe la forme linéaire. Jamais le pourtour n'est brisé ni irrégulier.

On ne rencontre cette irrégularité dans la configuration des bords que lorsque deux ulcères, rapprochés l'un de l'autre, finissent par se rencontrer, se confondre et ne plus former qu'un ulcère unique, ovalaire et même ellipsoïde. Les deux angles qui résultent de la réunion des deux ulcères ne tardent pas à disparaître, et l'ulcère reprend la forme circulaire qui lui est ordinaire. La multiplicité des ulcères étant d'ailleurs un fait exceptionnel, l'envahissement dont je viens de parler s'observe très-rarement.

Les bords de cet ulcère sont saillants, très-épais, inclinés et renversés en dehors. Bien rarement on voit une portion de ses bords taillée à pic, comme daus les ulcères syphilitiques. Après avoir donné naissance au bourrelet circulaire qui constitue ses bords, l'ulcère s'excave progressivement jusqu'à son centre, de façon à offrir la forme d'un godet. Tous les tissus qui circonscrivent les bords sont le siége d'un gonflement œdémateux, à surface inégale et comme bosselée. Les os sous-jacents eux-mêmes, suivant la position de l'ulcère, participent à ce gonflement, surtout lorsqu'il existe une carie centrale.

Le fond est profondément excavé, comme je viens de le remarquer, quelquefois uni et grisâtre. Mais lorsque l'ulcère est déjà ancien, qu'il s'est étendu sur de larges surfaces, ou qu'il est arrivé à sa période de mortification, on y remarque des inégalités, des anfractuosités telles, qu'on croit voir au milieu de l'ulcère total d'autres ulcères à niveau beaucoup inférieur. Dans ce cas, c'est dans ses parties anfractueuses qu'on voit l'ulcère, gagnant sans cesse vers la profondeur, dévorer les tissus, disséquer les tendons musculaires, et, arrivant jusqu'aux os, finir par les carier. La surface ulcéreuse, qui circonscrit ces anfractuosités, offre une nuance couleur de chair vive : elle est recouverte de quelques fongosités et saigne avec facilité.

Quelquefois l'ulcère revêt le caractère serpigineux ; alors un segment de cercle est seul le siége du travail ulcératif, tandis que l'autre segment présente des bords qui tendent à se niveler et une surface qui semble marcher vers la cicatrisation. Le premier segment seul se recouvre de la matière gangréneuse ; lui seul offre le phagédénisme et les bords renversés en dehors, qui sont les caractères pathognomoniques de ces ulcères. Cette matière gangréneuse est très-adhé-

rente à la surface de l'ulcère : si on l'enlève, du jour au lendemain elle se reproduit.

Le liquide sécrété, qui n'est constitué dans la période de début que par une sérosité légèrement purulente et présentant encore assez de plasticité, devient dans les deux autres périodes, dans celle de mortification surtout, une sanie ichoreuse, très-fétide et tellement abondante qu'en peu de temps les linges du pansement en sont imprégnés. Quelquefois ce liquide a l'aspect d'une bouillie sanguinolente. (La matière de la sécrétion de l'ulcère de Mozambique, à quelque période qu'on la recueille, ne possède pas de propriétés contagieuses : ce point sera ultérieurement traité avec les développements qu'il mérite.)

La plupart de ces ulcères sont indolents, tant qu'ils sont peu étendus ; mais s'ils s'étalent sur de larges surfaces, si les os participent au travail morbide, les douleurs sont vives, térébrantes ; elles sont continues, et n'ont pas le caractère simplement nocturne. La station verticale et la progression sont dès lors rendues impossibles ; les malades continuent cependant à se mouvoir, en se traînant sur leurs fesses et en se servant de leurs mains pour aller d'un lieu dans un autre.

Le caractère dominant de l'ulcère de Mozambique, c'est sa fâcheuse tendance à toujours s'étendre et à dévorer les tissus en profondeur. Lorsqu'il a ainsi détruit les parties molles et qu'il atteint une surface osseuse, il semble arrêter ses ravages dans ce sens et les porte sur la périphérie. Pendant ce temps la suppuration qui s'établit au fond de l'ulcère ramollit le périoste, le détruit totalement, et amène des caries osseuses dont la couleur noirâtre tranche d'une façon remarquable sur la couleur de chair vive de l'ulcère qui les entoure. Des séquestres assez volumineux ne tardent pas à être éliminés ; j'en ai extrait un de la partie antérieure du tibia qui avait 6 centimètres de long sur 1 de large. Il n'y a que les tendons et les cartilages qui soient respectés par l'ulcère. Il n'a d'action que sur les gaînes tendineuses, qu'il détruit, laissant flotter au milieu d'un détritus gangréneux les tendons avec leur éclat nacré et poli. J'ai vu ainsi tout le tendon d'Achille isolé au milieu d'un ulcère situé à la partie postérieure de la jambe. Dans un autre cas, les tendons des extenseurs communs des orteils étaient parfaitement disséqués.

La marche de l'ulcère est assez lente ; mais souvent elle s'opère avec une effrayante rapidité. Alors les couches superficielles de l'ulcère sont successivement mortifiées et éliminées sous forme d'un détritus gangréneux. Abandonné à lui-même et arrivé à sa dernière période, l'ulcère détermine une suppuration si abondante qu'elle

émacie le malade et le jette dans le marasme : la fièvre hectique s'allume, une diarrhée colliquative survient, et la mort termine la scène pathologique.

Soit que l'ulcère limite son action, soit qu'on lui oppose un traitement convenable, on le voit, après un temps plus ou moins long, se déterger et prendre un meilleur aspect. La matière sanieuse se tarit, les chairs remontent, et la cicatrisation marche de la circonférence vers le centre. Le cercle qui le circonscrit se rétrécit progressivement jusqu'à ce que la plaie disparaisse, laissant à sa place une cicatrice indélébile.

Il arrive fréquemment que, sous l'influence de causes qu'on ne saurait trop apprécier, et au moment où l'on croyait cette cicatrice durable, elle devient molle, humide, et se trouve rongée par les progrès renaissants de l'ulcère : l'on voit alors reparaître l'état primitif.

L'ulcère de Mozambique se développe presque exclusivement aux membres pelviens. Son siége d'élection est la jambe, sur tous les points de son étendue, mais surtout dans le voisinage des malléoles : au pied, c'est à la face dorsale qu'on l'observe. Beaucoup plus rarement il se montre sur la cuisse. Je ne connais pas un seul cas d'ulcère développé sur le tronc ; une seule fois cependant j'ai rencontré un petit ulcère, à la période de début, situé à la région coccygienne chez un Cafre atteint déjà d'un vaste ulcère de la partie postérieure de la jambe. Chez un autre, j'en ai vu un qui avait détruit les trois quarts de la lèvre inférieure : c'est la seule fois où je l'ai vu siéger à la face.

On le rencontre quelquefois aux doigts de la main ou aux orteils. Il offre alors quelques particularités dignes d'être notées. L'ulcère commence dans ce cas par ronger les parties molles qui entourent l'os de la phalange unguéale. Arrivé à l'articulation phalangienne, il en détruit les moyens d'union : la phalange ne tarde pas à tomber, et les mêmes désordres se reproduisent à la phalange suivante, si le progrès du mal continue. J'ai pu assister ainsi à la chute successive des deux phalanges du pouce gauche.

Le plus fréquemment une seule jambe est envahie, et l'ulcère y est unique. Cependant on en peut noter deux à la fois : ils sont alors placés soit tous deux sur la même jambe, soit un sur chaque jambe. J'en ai même vu trois sur le même individu, mais c'est là une exception. Quant à l'étendue de l'ulcère, elle est variable, suivant l'époque de son développement où on l'examine, et suivant les constitutions individuelles. Le plus ordinairement, il a un diamètre de 5 ou 6 centimètres. Il peut acquérir des dimensions considérables. Je l'ai vu envahir toute la face dorsale du pied depuis la naissance des orteils

jusqu'au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Dans un autre cas, il reposait sur toute la partie interne et supérieure de la jambe, depuis l'articulation du genou jusqu'à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la jambe, mesurant ainsi 25 centimètres. A côté de ces cas fâcheux, on en rencontre heureusement d'autres où les désordres sont moins étendus, et où l'ulcère ne dépasse pas la grandeur d'une pièce de cinquante centimes ou d'un franc.

En résumé, M. Azéma précise ainsi les caractères de la maladie : ulcère le plus souvent unique, non contagieux, à pourtour circulaire, à bords saillants renversés en dehors, siégeant aux membres pelviens, ayant une grande tendance à dévorer les tissus en profondeur et à carier les os quand il atteint leur surface.

L'examen d'une jambe à la suite d'une amputation a permis à M. Azéma de déterminer le siége anatomique de l'ulcère de Mozambique et les désordres qu'il produit. Primitivement l'ulcère envahit le derme et le tissu cellulaire sous-cutané, et s'y maintient pendant quelque temps; mais à mesure qu'il fait des progrès, il envahit le tissu cellulaire interstitiel, puis les masses musculaires. Lorsqu'il arrive sur les surfaces osseuses, le périoste disparaît, et le tissu osseux offre bientôt les caractères de la carie ; il est érodé, mollasse, spongieux, et se laisse facilement pénétrer par le scalpel. Toutes les parties sous-jacentes et circonvoisines de l'ulcère sont décolorées, épaissies et indurées; leur consistance est pour ainsi dire lardacée ; les tendons seuls résistent à l'action destructive de l'ulcère, mais il détruit le tissu cellulaire qui les entoure et les gaînes synoviales qui servent à leur glissement.

Voilà bien les caractères d'une ulcération en progrès ; mais quel en est le point de départ? C'est malheureusement ce que M. Azéma ne dit pas. J'avoue que tout d'abord, à la description qu'il fait du petit bouton de l'ampoule initiale, je m'étais demandé si ce ne serait pas là une maladie parasitaire spéciale à la race noire. Mais les affections parasitaires restent plus superficielles et ne s'étendent pas à des profondeurs aussi grandes que paraît le faire l'ulcère de Mozambique.

La peau est malade la première ; mais quelle est la partie du tégument primitivement atteinte? Est-ce une hypertrophie papillaire, est-ce l'altération des glandes sudoripares, comme nous le voyons quelquefois produire l'ulcération profonde et la destruction de toute l'épaisseur de la peau? Quels sont les éléments histologiques que démontrerait le microscope? Ce sont là des questions qu'il serait curieux de résoudre, mais sur lesquelles malheureusement il n'y a pas le moindre renseignement dans le mémoire de M. Azéma.

M. Azéma établit ensuite le diagnostic différentiel d'avec d'autres

maladies endémiques. Il compare d'abord l'ulcère de Mozambique à l'ulcère pianique, et il fait remarquer que dans ce cas il y a toujours un état fébrile prodromique. Le pian est primitivement constitué par de petits boutons rouges qui peuvent occuper en grand nombre toute l'étendue de la peau. Cette éruption est essentiellement contagieuse. Tandis que l'ulcère de Mozambique se déclare toujours sans prodromes au milieu de la plus belle santé, qu'il se montre à peu près invariablement sur les membres pelviens, où il est le plus souvent unique, et qu'enfin il ne semble pas être contagieux.

Il y a bien quelquefois dans le pian une ulcération profonde qui succède à la plus grosse pustule, celle qu'on nomme la mère des pians, ou, comme disent les indigènes, mama pian. C'est cette même ulcération que le docteur Geracher a décrite dans son Guide médical aux Antilles, sous la dénomination de pian déprimé. Mais cette ulcération sera facilement différenciée de l'ulcère de Mozambique, en ce que la pustule qui lui a donné naissance n'existe jamais seule, et qu'on en trouve toujours d'autres sur diverses parties du corps.

Pour M. Azéma, les caractères qui séparent l'ulcère de Mozambique des ulcères syphilitiques seraient plus évidents ; ceux qui le différencient de la pourriture d'hôpital plus tranchés encore, si ce n'est dans les cas tout à fait accidentels où la gangrène vient compliquer comme épiphénomène l'ulcère de Mozambique.

Mais il est une maladie à laquelle M. Azéma trouve avec l'ulcère de Mozambique une grande ressemblance, et dont elle ne paraît s'écarter que par quelques détails à peine sensibles, je veux parler de la maladie connue sous le nom de plaie de l'Yémen. Si, en effet, on lit les relations de cette singulière affection, qui ont été données en 1839 par Petit, dans un article sur les maladies de l'Arabie, en 1842 par Harris, sous le titre de *the Highlands of Æthiopia*, en 1854 par M. Aubert Roche, dans son *Essai sur l'acclimatation des Européens dans les pays chauds*, il est impossible de ne pas reconnaître l'identité complète des deux maladies. L'une et l'autre ont une prédisposition marquée pour des races à peu près semblables. La plaie de l'Yémen attaque particulièrement les nègres de Sennaar, du Kordofan, du Darfour ; l'ulcère de Mozambique s'observe sur les nègres du territoire de Mozambique, des îles Comores et de Madagascar. Toutes deux d'ailleurs sont liées à la même zone géographique, bien que ces zones soient situées dans des hémisphères différents. La plaie de l'Yémen se rencontrait entre le 10e et le 18e degré de latitude nord ; l'ulcère de Mozambique entre le 10e et le 18e de latitude sud.

Les conditions de ces deux affections sont donc tout à fait identiques comme circonstances climatériques. Les causes générales qui

président à leur génération sont similaires sous l'une et l'autre zone, et si je vous donnais la description de la plaie de l'Yémen telle que je la trouve dans le *Traité de géographie médicale* de M. Boudin, à côté de celle que M. Azéma donne de l'ulcère de Mozambique, vous partageriez, je crois, mon avis, que les deux maladies n'en font qu'une seule, dont le nom est différent. D'ailleurs, M. Azéma cite dans son mémoire plusieurs observations d'ulcère de Mozambique tel qu'il existe chez les Cafres, développé sur des nègres venant de Massouah, île placée à l'entrée de la mer Rouge.

Les causes de l'ulcère de Mozambique me paraissent très-obscures, même après avoir lu le mémoire de M. Azéma. Ces causes se trouveraient dans une alimentation insuffisante et malsaine, dans des privations de toutes sortes, dans la nostalgie ; mais elles ne sont alors que prédisposantes. La cause occasionnelle serait, au dire de M. Azéma, le contact de l'eau de mer.

C'est une chose remarquable que la tendance de presque tous les auteurs qui se sont occupés des maladies des pays chauds à attribuer eur développement à l'eau de mer, ainsi qu'à l'air salin. Ainsi Bontius, en parlant d'une maladie ulcéreuse qui a beaucoup de rapports avec celle qui nous occupe, dit déjà : « *Hic affectus originem trahit* » *tum ex aere, vaporibus salsis e mare ascendentibus.* »

On sait aussi l'influence que de tout temps on a attribuée à l'eau prise en boisson, et, sans trop nous écarter de notre sujet, puisqu'il s'agit encore de maladies des pays chauds, je vous rappellerai que c'est l'eau de certaines rivières qu'on a accusée de produire le bouton d'Alep, sur lequel tant de bons mémoires ont été écrits, dont le plus remarquable, sans contredit, est celui du docteur Vilmin, qui a étudié sur les lieux mêmes et qui s'y est livré à une minutieuse enquête, de laquelle il résulte que tous les villages riverains du Coïq, fleuve qui traverse le pays dont les habitants prennent l'eau en boisson, sont affectés de l'exanthème, que ceux qui s'abreuvent à d'autres sources en sont exempts, et qu'il est possible d'habiter Alep et d'y vivre indemne en ayant soin de se priver complétement d'eau de rivière.

Cette question, sur laquelle il semble ne plus être permis de concevoir de doutes depuis les travaux de M. Vilmin, était déjà celle de Volney, l'auteur des *Ruines*, ainsi qu'on peut s'en assurer dans la relation de son *Voyage en Egypte et en Syrie ;* mais elle n'avait pas encore été démontrée d'une manière aussi péremptoire.

D'un autre côté, dans un mémoire tout récemment offert à la Société de chirurgie par M. Henri Hamel, médecin aide-major, sur le bouton de Biskra, qui a tant de ressemblance avec le bouton d'Alep,

on lit cette phrase : « Comme le Coïq, l'Oued el-Kantara, qui arrose l'oasis de Biskra, a été accusé de donner naissance à l'éruption endémique, et les apparences semblent jusqu'à un certain point justifier cette accusation. » Mais revenons à l'ulcère de Mozambique :

En étudiant l'étiologie, ajoute M. Cullerier, notre confrère se livre à des considérations très-savantes sur la différence des maladies chez les races diverses. La nature, dit-il, en séparant les races humaines par des caractères physiques différentiels et inaliénables, en les dotant de langages et de mœurs variés, a semblé assigner à chacune d'elles des maladies particulières. Parmi celles-ci, les unes sont tout à fait spéciales à quelques races ; les autres, bien que s'observant dans tous les climats et sous toutes les latitudes, revêtent néanmoins chez quelques-unes des formes singulières, et dont on ne retrouve pas les analogues dans d'autres variétés humaines.

Je crois ces considérations très-justes, et je suis convaincu que les études anthropologiques en progrès les démontreront de plus en plus vraies ; mais je dois dire qu'elles ne me paraissent pas complétement applicables à la maladie qui nous occupe. En effet, si c'est principalement sur les nègres de la Cafrerie que M. Azéma a vu l'ulcère de Mozambique se déclarer, il faut reconnaître aussi qu'il l'a observé sur des blancs, sur des Européens transplantés à l'île de la Réunion dans les mêmes conditions que les nègres de Mozambique. Il faut remarquer aussi que la plaie de l'Yémen, qui a tant d'analogie avec l'ulcère de Mozambique qu'elle doit être considérée comme de même nature, n'est pas exclusive à la race caucasique, puisqu'elle a pu atteindre, rarement il est vrai, mais enfin elle a atteint des Européens.

Je ne veux retirer à l'ulcère de Mozambique, pas plus qu'à la plaie de l'Yémen, les caractères qui en font une maladie à part, je conteste seulement qu'ils soient exclusifs à la race noire, mais je crois aussi qu'il faut certaines conditions de séjour sous les latitudes où on les observe pour que les blancs en soient atteints. Les cas que M. Azéma a signalés existaient sur des Européens habitant depuis longtemps l'île de la Réunion ; presque tous partagent le même sort que les nègres, c'est-à-dire mal logés, mal nourris, à peine vêtus, et avec cela subissant les fatigues d'un travail rude et incessant.

D'un autre côté, tout dernièrement, à l'occasion de ce rapport, et pour trouver quelques documents afférents à mon sujet, je lisais la relation médicale d'une campagne sur la côte orientale d'Afrique et dans la mer Rouge, par un chirurgien de marine, le docteur Orabona, et je voyais que pendant une croisière de plusieurs mois dans le canal de Mozambique et à Zanzibar, il n'a pas été observé un seul cas

d'ulcère, alors que l'on voyait se développer d'une manière quasi épidémique toutes les affections cutanées qui sont le supplice inévitable des Européens qui affrontent temporairement les climats des pays chauds : furoncles, abcès sous-cutanés, phlegmons, eczémas, *lichen tropicus*, toutes affections dont le siége d'élection est aux membres inférieurs, et qui se compliquent d'angioleucites et d'engorgements ganglionnaires.

Je remarque aussi que dans l'ouvrage que je cite il n'est pas question seulement des maladies survenues chez les hommes de l'équipage dont faisait partie le docteur Orabona, mais qu'il parle aussi de certaines affections qu'il a observées sur les indigènes des contrées qu'il a parcourues ; ce qui tendrait à faire supposer que si l'ulcère de Mozambique est plus fréquent à Saint-Denis de la Réunion que dans le pays originaire des nègres dont parle M. Azéma, c'est qu'il y a dans cette île des conditions probablement hygiéniques qui ne se rencontrent pas ailleurs.

Une question grave au point de vue de l'hygiène publique est soulevée par M. Azéma, à savoir si l'ulcère de Mozambique est contagieux ou non. M. Azéma n'hésite pas à se prononcer pour la négative, en désaccord sur ce point avec son confrère le docteur Vinson, médecin comme lui à la Réunion, lequel, dans un mémoire dont la *Gazette hebdomadaire* a donné une analyse dans le tome IV de l'année 1857, admet complétement la propriété contagieuse. M. Azéma cite plusieurs expériences d'inoculation à la lancette d'individus malades à individus sains, sans qu'il y ait jamais eu de réussite. Mais d'abord je constate que dans un de ces cas l'inoculation a donné non pas un ulcère complet tel qu'il le décrit, mais une plaie qui a eu quelque peine à se cicatriser. Ensuite, je fais remarquer, et je le sais par expérience, à combien d'erreurs, à combien de déceptions peut donner lieu la pratique de l'inoculation artificielle.

D'un autre côté, je vois que dans une des observations de M. Azéma il est question d'un nègre qui portait, presque par exception, deux ulcères sur la même jambe, et que le second fut attribué à la suppuration ichoreuse qui s'écoulait de celui placé plus haut. Je vois aussi un autre fait qui a plus de valeur encore, c'est celui d'un Cafre qui avait un premier ulcère à la partie postérieure de la jambe, vers le tendon d'Achille, et un second dans la région coccygienne. Or, si l'on fait attention que les nègres sont souvent nus ou à peu près, qu'ils sont souvent assis sur leurs talons, il n'est pas, ce me semble, déraisonnable de penser que l'ulcère de la jambe s'est transmis par contagion directe dans l'espace interfessier, et il me paraît difficile de

se refuser à admettre dans ces deux cas, dans le second surtout, une véritable auto-inoculation.

A vrai dire, je crois que M. Azéma a été entraîné à nier la contagion par esprit de doctrine. A ses yeux, l'ulcère de Mozambique est tout autre chose que le pian, et en cela, il me paraît impossible de ne pas être de son avis; mais pour que la différence entre ces deux affections fût plus frappante, il fallait absolument refuser à l'une ce qui est un des caractères de l'autre, la contagion. Or, la plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des pays chauds : Thomson, dans ses *Remarks on the tropical diseases*; Bajou, dans son *Histoire de Cayenne*; Levacher, dans l'ouvrage que j'ai déjà cité; Swediaur, dans son *Traité des maladies vénériennes*; M. Azéma, dans son mémoire, tous s'accordent à considérer comme essentiellement contagieux le pian, l'yaws, deux appellations différentes d'une seule et même maladie, à laquelle Bateman a donné le nom de *frambœsia*.

Il paraît ne pas y avoir de traitement spécial interne pour l'ulcère de Mozambique; au moins M. Azéma, qui en a essayé un bon nombre, les a-t-il abandonnés; tels, par exemple, que le mercure ou l'iodure de potassium, qui probablement n'ont été mis en usage que par l'idée qu'on se formait de la nature syphilitique du mal. M. Azéma, conséquent avec l'opinion qu'il a émise sur les causes prédisposantes, se contente d'une bonne nourriture et de quelques toniques analeptiques qui n'ont rien de spécial. Localement, il a essayé bien des moyens. Les deux seuls qui lui ont rendu de réels services, et auxquels il paraît s'être définitivement arrêté, sont la teinture d'iode caustique et l'acide sulfurique, aidés, bien entendu, du repos le plus complet.

Voilà, Messieurs, tout ce que j'avais à vous dire sur l'ulcère de Mozambique. Les remarques que j'ai faites sur le travail de M. Azéma sont-elles justes, les objections que je me suis permises sont-elles acceptables ? C'est ce que je ne saurais soutenir, puisque je ne juge que par une description à laquelle je ne puis pas opposer de faits comparatifs, et où il manque aussi certains éléments qui pourraient aider à la discussion.

Ceci posé, je n'hésite pas à vous proposer de donner au travail de M. Azéma tout l'éloge qu'il mérite, et ce sera le récompenser que de lui ouvrir la publicité de vos *Bulletins*.

Je vous demande aussi pour M. Azéma, mon ancien élève, de vouloir bien inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membres correspondants. C'est un titre qu'il sollicite de vous, auquel il attacherait une valeur d'autant plus grande qu'il est éloigné de tout foyer scientifique, et qui lui serait pour ainsi dire un lien intellectuel de plus avec la mère patrie.

M. LARREY rappelle que le nom de M. Clot-Bey ne doit pas être oublié quand il s'agit de la plaie de l'Yémen. Il est possible que toutes ces affections décrites sous des noms divers ne constituent qu'une seule et même maladie; M. Tholozan, qui se trouve actuellement en Perse, incline à penser que beaucoup des affections des pays chauds présentent les mêmes caractères essentiels, avec des manifestations différentes suivant les pays. M. Larrey espère que M. Tholozan, dont nous connaissons tous le bon jugement, pourra élucider cette intéressante question.

M. BROCA pense qu'il est bon de comparer les maladies des pays chauds entre elles : que cette comparaison est utile, et qu'elle peut fournir d'utiles renseignements pour certaines affections cutanées; c'est ainsi qu'il trouve très-judicieuses les remarques de M. Cullerier à propos de l'ulcère de Mozambique et de la plaie de l'Yémen; mais il ne faut pas aller trop loin, et pour chercher à mettre dans un même cadre certaines affections qui ont dans leur description des rapports évidents, il faut éviter d'aller trop loin et de tomber dans un excès contraire, c'est-à-dire de mettre à côté les unes des autres des maladies tout à fait dissemblables. On avait cherché autrefois à ranger toutes les maladies cutanées des pays chauds dans un même cadre, et on leur assignait la syphilis pour origine. On n'a pas tardé à s'apercevoir que cette théorie tombait d'elle-même devant l'observation des faits; et s'il faut tenir compte de la variété des climats, il ne faut pas négliger la variété des peuples. La plaie de l'Yémen, l'ulcère de Mozambique peuvent être rapprochés par la similitude très-grande des lésions qu'ils provoquent et la marche qu'ils affectent; mais, ainsi que l'a fait voir M. Cullerier, le pian présente déjà des différences très-tranchées avec ces deux affections.

Dans la Nouvelle-Calédonie, on rencontre une maladie qui chez les enfants occupe surtout la bouche et l'anus, et chez l'adulte les membres inférieurs et la plante des pieds. Cet ulcère ressemble, dans ce dernier cas, au mal perforant; c'est une affection qui d'abord attaque l'épiderme et le derme, gagne ensuite en profondeur, et se rapproche en cela de l'ulcère de Mozambique. M. de Rochas, chirurgien de marine, a étudié avec soin cette altération, et d'après la description qu'il nous en a donnée, on peut voir qu'elle diffère des ulcères syphilitiques et aussi de l'ulcère de Mozambique.

Cet ulcère affecte les Néo-Calédoniens une fois dans leur vie, mais une fois seulement, et il respecte les blancs et les hommes d'autres races. Jeunes ou vieux, les Néo-Calédoniens y sont exposés; et si quelques-uns y échappent, c'est que la mort les a frappés de bonne heure. Cet ulcère marche d'autant plus vite, qu'il survient dans un

âge moins avancé. Cette maladie est désignée sous le nom de *tonga*. Ce nom lui vient peut-être de celui d'une île habitée par des hommes de la race océanienne.

Après une courte discussion, les conclusions suivantes sont mises aux voix et adoptées :

1° Insertion du rapport de M. Cullerier dans nos Bulletins;

2° Renvoi du travail de M. Azéma au comité de publication;

3° Inscription du nom de l'auteur parmi les candidats au titre de correspondant étranger.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. RICHET présente une tumeur composée du testicule avec prédominance de l'élément cartilagineux.

La tumeur que j'ai l'honneur de soumettre à la Société est une tumeur du testicule qui présente quelques difficultés pour sa détermination en anatomie pathologique, comme elle en a présenté avant l'opération pour son diagnostic clinique.

Voici un résumé succinct de l'observation :

Le malade, âgé de trente-cinq ans, homme de peine, père de plusieurs enfants, déclare qu'il y a dix-huit mois à peine il s'aperçut, vers la *pointe du testicule*, c'est son expression, qu'il lui survenait une grosseur assez douloureuse. Il prétend n'avoir jamais eu ni écoulement ni aucune autre maladie vers les organes génitaux, qui, selon lui, auraient été parfaitement sains jusqu'à cette époque.

Depuis, cette grosseur s'est étendue à tout le testicule, faisant des progrès incessants, surtout depuis trois mois. Elle était d'abord beaucoup plus dure qu'elle n'est aujourd'hui; il lui semble que plus elle grossit, plus elle se ramollit; actuellement enfin, les souffrances sont moindres qu'au début. Néanmoins, comme le volume de ses bourses le gêne, il désire se faire débarrasser de sa tumeur.

Voici l'état dans lequel il était à son entrée dans mes salles. Son apparence de santé extérieure était bonne, il avait l'air vigoureux et bien portant; il ne se plaignait que d'une chose, d'une constipation constante et opiniâtre.

Le testicule gauche a le volume du poing; le droit est parfaitement sain. La peau du scrotum n'a pas changé de couleur; les téguments glissent facilement sur les tissus sous-jacents. La tumeur est globuleuse, lisse, uniforme; il n'est pas possible de reconnaître le lieu occupé par le testicule ou l'épididyme. Il existe du liquide dans la tunique vaginale, en petite quantité, facile à constater par la transparence, et auquel je donne issue par une ponction avec la lancette, afin de mieux examiner ensuite la tumeur.

Effectivement je puis, après cela, reconnaître que cette uniformité

de résistance que présentait la tumeur était due à la présence de la couche liquide, car il est permis de constater en plusieurs points, à travers l'enveloppe de la tumeur, des noyaux plus durs, très-durs même, tandis que dans d'autres points elle a une consistance pulpeuse et mollasse. Quel que soit le point qu'on presse, le malade n'accuse aucune souffrance; le cordon est petit et s'offre partout à l'état normal; le toucher rectal me fait reconnaître que le lobe gauche de la prostate est plus volumineux que le droit; en pressant on n'y développe aucune douleur. Le malade accuse le matin un petit suintement purulent par la verge que nous constatons, et qui s'augmente par la pression sur la prostate.

Point de ganglions inguinaux engorgés, non plus que dans la fosse iliaque. Dans la région lombaire aucune tumeur appréciable.

Je diagnostique avec quelques réserves une orchite chronique, ou tout au moins une tumeur *composée*, mais de nature bénigne.

L'opération ne présenta rien de remarquable, et après quinze jours le malade est guéri de sa plaie, mais présentant des symptômes tout particuliers, de la difficulté de respiration, de l'essoufflement lorsqu'il marche, une teinte terreuse de la peau, symptômes qui me font redouter que la maladie ne se reproduise dans les viscères.

Voici la pièce, qui n'a pu être présentée de suite à la Société, et qui est déjà ancienne. La tumeur est fendue par le milieu. On peut, sous la coupe, reconnaître le testicule et l'épididyme. Son aspect, immédiatement après l'ablation, n'était pas le même qu'aujourd'hui; on voyait çà et là des points jaunâtres de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, formés d'une substance molle, ressemblant à des caillots sanguins transformés; ailleurs on trouvait des points translucides et ramollis; mais ce qui attirait surtout l'attention, c'étaient des noyaux tout à fait transparents, d'une couleur nacrée, ayant complétement l'aspect du cartilage d'ossification. Ces noyaux, d'une consistance très-ferme, étaient les mêmes qui donnaient avant l'opération cette sensation à travers les téguments. Ils étaient très-nombreux, disséminés dans toute la tumeur, et variaient pour la grosseur depuis un grain de millet jusqu'à celle d'une noisette. Aujourd'hui on peut encore les voir, mais ils ont perdu leur translucidité. Ils forment sans contredit l'élément principal de la tumeur.

L'examen micrographique nous a permis de constater qu'ils étaient formés par l'élément cartilagineux, et l'examen de M. Verneuil a confirmé le nôtre.

Quant aux autres portions de la tumeur, nous n'y avons trouvé que des éléments fusiformes, de la graisse et beaucoup de globules sanguins altérés.

De cet examen, il résulte pour moi que cette tumeur est de celles qu'on a appelées *composées*, c'est-à-dire dans lesquelles on rencontre plusieurs sortes d'éléments; mais néanmoins l'élément dominant est le cartilage, ce qui rapprocherait beaucoup cette tumeur des chondromes décrits dans les autres régions.

M. BROCA n'a pu examiner cette pièce quand elle était fraîche, mais il ne reconnaît pas là les caractères de l'enchondrome. Les tumeurs cancéreuses peuvent présenter dans leur ensemble des noyaux fibreux, cartilagineux, et pourtant de semblables tumeurs ne méritent pas le nom de fibromes, enchondromes, etc.

M. RICHET a étudié cette pièce avec soin, et pour lui l'élément cartilagineux, loin d'être l'accessoire, lui paraît constituer la partie essentielle de cette tumeur.

M. BÉRAUD est d'avis que la pièce présentée par M. Richet est réellement un enchondrome. Il reconnaît volontiers qu'il y a dans sa constitution plusieurs tissus qui sont loin d'être des cartilages, mais il faut reconnaître aussi que c'est là le propre des enchondromes de subir des évolutions qui les éloignent beaucoup de leur point d'origine. Il rappelle que M. Nélaton, qui, on le sait, a beaucoup étudié les enchondromes, a insisté avec raison sur ces transformations des enchondromes. Il lui en a montré un dans lequel on ne voyait plus que quelques grains cartilagineux disséminés çà et là dans la tumeur, qui offrait en même temps beaucoup de tissu cellulo-fibreux et même des foyers apoplectiques. La pièce de M. Richet a subi les mêmes transformations; si aujourd'hui elle ne nous offre plus que quelques noyaux cartilagineux, elle n'en appartient pas moins à la classe des enchondromes.

M. BROCA ajoute que les altérations sont sans doute fréquentes dans l'enchondrome, mais différentes de celles que l'on trouve dans la tumeur présentée par M. Richet.

— M. DAUVÉ, médecin aide-major à l'escadron du train d'artillerie de la garde, présente une pièce d'*invagination progressive du jéjunum avec polype et perforation de cette portion de l'intestin* (péritonite partielle, mort).

Cette pièce a été recueillie à l'hôpital militaire de Versailles, dans le service de M. de Cambay.

M. Dauvé présente la pièce anatomique et la même pièce moulée.

La tumeur de l'invagination a une forme cylindro-conique. Elle se dirige de gauche à droite, en passant au-dessus de l'ombilic. Elle est longue de 25 centimètres; son cylindre externe a 5 millimètres d'épaisseur. Vers la partie inférieure, on voit une perforation à bords

taillés à pic, longue de 5 centimètres et large de 2. Le boudin de l'invagination ferme complétement cette perforation. A l'extrémité du boudin invaginé, long de 18 centimètres, existe un polype fibreux qui, en tiraillant la muqueuse intestinale, a produit un étranglement de l'anneau interne. Dans le cylindre interne, on voit une poche sphéroïdale tapissée par des ulcérations gangréneuses, et contenant quelques noyaux durcis de matières fécales.

Toutes les tuniques intestinales contenues dans la tumeur sont hypertrophiées. La portion d'intestin supérieure à l'invagination est dilatée; la portion inférieure a conservé son diamètre normal. Le boudin invaginé a l'aspect gangréneux, surtout vers sa partie inférieure, où les deux séreuses juxtaposées des cylindres interne et moyen sont adhérentes.

Le malade avait quarante-deux ans. Il y a trois ans, il est entré à l'hôpital pour une constipation qui a cédé aux purgatifs. La dernière attaque a duré trente-deux jours. Pendant la maladie, on a constaté une tumeur oblongue siégeant à droite au-dessus de l'ombilic, et changeant de position. Il y avait douleur à la pression. Les vomissements bilieux et fécaloïdes ont été notés six jours avant la mort. Le malade a été traité par les antiphlogistiques, les purgatifs et les mèches enduites d'huile de croton introduites dans l'anus. La constipation n'a cédé que deux fois à cette médication.

Entré à l'hôpital le 28 novembre 1860, le malade mourut le 10 décembre.

— M. BÉRAUD présente au nom de M. Danyau et en son nom un exemple *de spina-bifida de la région sacrée: ouverture dans la cavité amniotique avant la naissance; vices de conformation de la moelle cervicale; inflammation et suppuration des méninges rachidiennes; défaut d'ossification des os de la voûte crânienne.*

La nommée L..., fille, forte, bien constituée, réglée à l'âge de quatorze ans, bien réglée, primipare, entre à la salle d'accouchement à onze heures du soir, 27 novembre 1860, et accouche le lendemain matin, à cinq heures, d'une fille vivante, assez forte, pesant 2 kilogrammes 700 grammes. La taille de cette enfant est de 51 centimètres, ainsi répartis : du sommet à l'ombilic, 23 centimètres; de l'ombilic aux talons, 18 centimètres. Cette petite fille présente plusieurs vices de conformation du squelette, que nous allons d'abord examiner.

A la partie postérieure du bassin, dans la région sacrée et sur la ligne médiane, on trouve une solution de continuité verticalement dirigée, un peu ovalaire, ayant sa grosse extrémité en haut et sa petite en bas, mesurant 3 centimètres en haut et se terminant en pente

inférieurement à 2 centimètres de l'orifice anal. Les bords de cette solution de continuité sont nets, parfaitement découpés ; le fond est rougeâtre et recouvert supérieurement par une pellicule ou membrane fine transparente comme une membrane séreuse, et se continuant avec la peau au pourtour de la solution de continuité ; cette membrane recouvre seulement la partie supérieure du spina-bifida. Lorsqu'on la soulève, en passant une tête d'épingle au-dessous de son bord libre, on voit s'écouler une ou deux gouttes d'un liquide séreux. Ce qui n'est point recouvert par cette membrane est rougeâtre, charnu, et sans aucun relief.

Si à travers la peau on examine l'état de la colonne vertébrale, voici ce que l'on trouve :

Rien d'irrégulier dans les régions cervicale, dorsale et lombaire. Dans la région sacrée, la première vertèbre est réunie et offre son tubercule épineux sur la ligne médiane. A partir de ce point jusqu'à la terminaison du sacrum, les apophyses épineuses ne sont point soudées, et l'on trouve trois tubercules situés sur les bords de la solution de continuité du sacrum.

Au-dessous du spina-bifida, entre lui et l'anus, il existe une dépression cutanée très-prononcée sur la ligne médiane, dépression qui indique une adhérence intime entre la peau et les os.

La sensibilité et la motilité sont parfaitement intactes dans les membres inférieurs. Si on applique la pulpe de l'index dans le fond de la solution de continuité, on fait écouler un peu de liquide céphalo-rachidien, sans provoquer des phénomènes de paralysie dans les membres inférieurs. Les matières fécales et l'urine ne sont pas rendues d'une manière continue ; il n'y a pas de paralysie du côté de la vessie et du rectum. L'influence des mouvements respiratoires se fait sentir sur le spina-bifida. Ainsi, dans l'inspiration, la membrane tégumentaire qui occupe la partie supérieure du spina-bifida, sorte de valvule, s'affaisse manifestement ; tandis qu'elle se soulève dans l'expiration, et laisse sourdre une quantité assez notable de liquide céphalo-rachidien.

Ce n'est point tout. Cette enfant offrait aussi une altération profonde des os de la tête. Celle-ci est en apparence bien conformée ; rien de bien saillant à la vue, si ce n'est cependant sur la fontanelle antérieure, où il existe une tuméfaction légère. Si on explore avec la main toute la voûte crânienne, on constate une irrégularité très-grande dans l'ossification. Ainsi, en avant, la suture bifrontale est très-large ; la fontanelle antérieure offre des dimensions triples, tous les os qui concourent à la former sont très-écartés. Il résulte de là un espace arrondi de 3 centimètres au moins, dans lequel on sent les mouve-

ments du cerveau. La suture bipariétale est écartée d'environ un centimètre. En arrière de la voûte crânienne, on sent une dépression qui donne tout à fait la sensation d'une fontanelle antérieure régulièrement constituée, et l'on croit tout de suite que cet espace non ossifié est la fontanelle postérieure ; mais nous verrons à l'autopsie qu'il y avait erreur à cet égard, que la fontanelle postérieure était régulière, tandis que cet espace membraneux occupait le pariétal non ossifié par plaques.

Telles sont les lésions offertes par cette enfant lorsque nous l'avons vue pour la première fois le 29 novembre 1860. Son état général est assez bon ; elle tette bien ; elle a de la vigueur. Rien dans les antécédents de la mère ne peut nous expliquer ce vice de conformation de la colonne vertébrale et de la tête. Elle n'a pas souffert de la faim, elle n'a pas trop travaillé ; elle n'a pas non plus eu de maladies graves. Le placenta a une forme en raquette ; il pèse 450 grammes. Les membranes sont rompues au centre, et le liquide qui s'est écoulé est un peu verdâtre ; chose fort remarquable que cette coloration, qui était due certainement à l'épanchement du liquide céphalo-rachidien dans la cavité amniotique.

Traitement. — Je recouvre simplement la solution de continuité du spina-bifida avec une bandelette de diachylon pour éviter le contact et la pénétration de l'air dans le canal rachidien, tout en prévenant l'issue d'une trop grande quantité de liquide arachnoïdien.

Le 1er décembre, je constate que la membrane a contracté des adhérences par son bord libre, de sorte que le liquide céphalo-rachidien ne pouvant plus sortir, il s'est formé une véritable poche dans la partie supérieure de la solution de continuité.

A travers la membrane, on voit que le liquide contenu dans la poche, du reste peu considérable, est jaunâtre, citrin, et en quantité de 20 à 30 gouttes. L'enfant a visiblement dépéri ; elle tette peu.

Le 3, l'enfant est pâle, faible, amaigrie ; elle ne tette plus.

Le 4, l'amaigrissement est extrême, et tout annonce une mort prochaine.

Le 6, l'enfant a succombé, et nous constatons les lésions suivantes :

Rien dans les viscères, dans les poumons, les intestins, etc. ; défaut de réunion des vertèbres sacrées ; pus dans le canal rachidien, remontant jusqu'à la région cervicale. La moelle est régulièrement conformée jusqu'à la région cervicale, mais là nous trouvons une anomalie fort singulière : le volume de la moelle cervicale est tel qu'elle remplit le canal. A sa partie postérieure, vers le point où se termine ce renflement, il existe une sorte de bourgeon se dirigeant en bas. En ouvrant la moelle dans toute cette région, je trouve qu'elle est creu-

sée d'un canal central contenant un liquide séreux. Ce canal est largement ouvert en haut, où il se continue avec le ventricule cérébelleux, sans ligne de démarcation ; en bas il se bifurque, l'une des branches se continue dans l'axe de la moelle, l'autre se termine en cul-de-sac dans cette sorte de bourgeon que nous venons de voir à la partie postérieure de la moelle. Ainsi, persistance du canal central de la moelle et hypertrophie de celle-ci dans toute la région cervicale. Notons encore que la moelle occupe aussi toute la région lombaire, et que dans la région sacrée il y a les nerfs de la queue de cheval.

Le cervelet est petit, atrophié manifestement.

Le cerveau est régulièrement conformé.

Les os de la voûte crânienne présentent un défaut d'ossification en rapport avec ce que nous avons constaté cliniquement. Mais ce qui est le plus curieux, ce sont les pariétaux, dont l'ossification n'a pas lieu par plaques, au niveau desquels on trouve seulement le périoste et la dure-mère. Vers le bord interne, les deux pariétaux présentent sur la face profonde des inégalités, des sortes de crêtes saillantes qui limitent des espaces transversalement dirigés, et dont la formation s'explique difficilement.

— Ainsi cette observation nous a paru digne de fixer l'attention à plus d'un titre :

1° Elle nous présente un spina-bifida de la région sacrée, sans tumeur, et ouvert pendant la vie intra-utérine ;

2° La possibilité de l'altération du liquide amniotique par son mélange avec le liquide céphalo-rachidien ;

3° Une altération considérable de la moelle et du cervelet, coïncidant avec le spina-bifida : circonstances qu'il n'était pas possible de diagnostiquer pendant la vie, et qui auraient certainement entravé le traitement s'il avait été tenté ;

4° La terminaison par la mort de ces spina-bifida qui communiquent avec l'extérieur, terminaison qui est amenée par l'inflammation et la suppuration des méninges rachidiennes ;

5° Notons cette altération dans l'ossification des os du crâne, qui aurait pu induire en erreur sur la position du fœtus pendant le travail de l'accouchement, puisqu'en touchant la partie postérieure de la tête, on sentait une dépression qui donnait la même sensation que la fontanelle antérieure régulièrement constituée ;

6° Enfin, cette observation nous paraît digne d'attention relativement à la nature de cette altération que nous offrait la voûte crânienne. Est-ce là du rachitisme ? C'est la première idée qui se présente à l'esprit, il faut l'avouer ; mais s'il fallait en donner la démonstration, il y aurait de la difficulté, puisque rien dans les membres,

rien dans les côtes, ne pouvait justifier cette anomalie. Nous préférons, pour notre part, admettre qu'il s'agit là d'un défaut d'ossification par absence des matériaux nécessaires à la composition chimique des os.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire annuel, Dr Bauchet.

Séance du 23 janvier 1861.

Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Deguise, membre titulaire, adresse à M. le président une lettre pour demander de changer son titre de membre titulaire de la Société en celui de membre honoraire. La demande de M. Deguise est mise aux voix, au scrutin secret.

Le dépouillement du scrutin donne :

Votants.	22
Oui	21
Billet blanc	1
	22

M. Deguise est nommé, sur sa demande, membre honoraire de la Société.

La Société a reçu :

1° *Vierseljahrschrift für die practische Heilkunde*, t. IV. Prague, 1860, in-8°.

2° *Actes de la Société médicale des hôpitaux*. Cinquième fascicule. Paris, 1861, un vol. in-8°.

3° De Rochas, *Essai sur la topographie hygiénique et médicale de la Nouvelle-Calédonie*. Paris, 1860, in-4°.

— M. le docteur Renault, de Rennes, adresse un manuscrit intitulé : *Note sur un nouveau procédé de guérir les trajets fistuleux et les fistules à l'anus* (commissaire, M. Chassaignac).

— M. Jules Cloquet dépose sur le bureau, de la part de M. Colson, de Noyon, membre correspondant, une observation de corps étranger du genou. Cette observation sera inscrite sur l'ordre du jour pour être lue à son tour.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. VERNEUIL présente le malade qui fait le sujet d'une observation d'*anévrysme spontané de l'artère poplitée droite.*

Essais répétés de compression digitale, intermittente et continue. — Compression avec le sac de plomb et les appareils à pelote double. — Insuccès de cette méthode. — Ligature de la fémorale à l'anneau du troisième adducteur. — Disparition du souffle et de l'expansion. — Diminution progressive de la tumeur. — Persistance de battements faibles datant du troisième jour après la ligature, et appréciables encore sans changement notable près de trois mois après l'opération.

C..., aujourd'hui facteur de la poste, autrefois sous-officier dans un régiment de ligne, âgé de trente-cinq ans, d'une bonne constitution, entré à l'hôpital Saint-Louis le 12 septembre 1860, est couché au nº 16 de la salle Sainte-Marthe.

Pendant qu'il était au service, cet homme a remarqué des varices peu développées, qui ont augmenté lentement, et sont visibles aujourd'hui aux deux membres, surtout à droite. Les dilatations veineuses de ce côté remontent jusqu'au tiers supérieur de la cuisse; elles rampent sous la peau dans la direction de la saphène interne, qu'elles croisent à angle très-aigu. Elles n'ont jamais donné lieu qu'à de légers engourdissements, le soir, après la marche prolongée.

Il y a un an et demi, la jambe droite devint le siége de crampes très-douloureuses, durant peu le jour, mais se prolongeant assez avant dans la nuit. Elles s'accompagnaient d'un engourdissement assez incommode. Un médecin, consulté en mai 1859, conseilla le repos et des frictions camphrées. Les accidents se calmèrent presque complétement. L'hiver se passa très-bien.

En avril 1860, à la suite d'un saut assez énergique, les douleurs reparurent au mollet droit, assez aiguës le soir. Lorsque la marche s'exécute rapidement, le pied droit s'engourdit et la peau devient presque insensible. Le malade boite, et doit s'arrêter de temps en temps. Il a beaucoup de peine à monter en courant dans la voiture de la poste.

Le soulier droit semble trop étroit, parce que le pied présente un peu d'œdème. Un médecin constate ce phénomène, et prescrit des frictions. Quelque temps après, des battements sont ressentis au mollet et à la partie inférieure de la jambe.

C... se présente alors à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Je remarque d'abord les varices assez marquées qui rampent sous la peau; puis en posant la main au jarret, je reconnais sans difficulté

une tumeur arrondie, assez volumineuse, animée de pulsations expansives isochrones au pouls, sur la nature de laquelle l'hésitation n'était pas possible un seul instant.

Le malade entre à l'hôpital le surlendemain, et nous constatons les particularités suivantes : décubitus ventral, le jarret exposé à la vue. Le creux poplité droit est comblé presque en totalité par une tumeur arrondie, ovoïde, à grand diamètre vertical, occupant surtout la portion fémorale de la région poplitée. La peau n'a pas changé de couleur ; elle est sillonnée par quelques veines dilatées sous-cutanées, et soulevée d'une manière évidente par des battements et un mouvement d'expansion très-appréciable à la vue. De chaque côté de la tumeur on distingue les saillies latérales formées par les tendons, qui limitent latéralement le triangle fémoral du jarret.

Mieux encore que l'œil, la main perçoit les pulsations et l'expansion. Celle-ci est très-forte, surtout à la partie supérieure et interne, vers l'insertion du tendon du grand adducteur. Le sac paraît en cet endroit très-superficiel. Si on presse légèrement la tumeur, on perçoit un frôlement qui se produit de haut en bas. Ce n'est pas le frémissement cataire, le *thrill* des anévrysmes artérioso-veineux ; c'est un frottement du courant sanguin et non une vibration.

La tumeur est, en général, assez molle, surtout en haut. Elle est en partie réductible à la pression lente. La compression de l'artère fémorale fait cesser les battements et l'expansion, et amène la prompte diminution de volume. On peut conclure, d'après des explorations variées, que le sac est spacieux, à parois minces, et qu'il ne renferme qu'une très-petite quantité de stratifications fibrineuses et de caillots.

J'évalue son volume à celui d'un œuf de poule, à grosse extrémité tournée en haut. Son grand axe est sensiblement parallèle à celui de l'artère. La perforation de l'artère siége vraisemblablement sur la paroi postérieure du vaisseau, au niveau du tiers supérieur du diamètre longitudinal du sac, car la pression directe, exercée transversalement avec un seul doigt dans le point susdit, fait cesser à peu près complétement les battements. C'est surtout dans la suite que cette supposition a pu être confirmée clairement.

L'examen stéthoscopique et l'auscultation directe donnent les résultats ordinaires : bruit de souffle intermittent, simple, isochrone à l'expansion, fort, mais sans grande rudesse perceptible dans toute l'étendue transversale du losange poplité, et verticalement, dans une hauteur de 8 ou 9 centimètres. Son maximum répond au tiers supérieur du sac ; il ne se propage ni à l'artère fémorale ni au tronc tibio-péronier.

Nous le recherchons dans les diverses attitudes du membre ; il di-

minue sensiblement quand on élève verticalement le pied (le malade étant dans le décubitus dorsal), puis quand on étend fortement la jambe sur la cuisse, ou la cuisse sur le bassin, de même quand le malade se tient debout sur le sol, les membres inférieurs bien étendus.

Lorsque les jambes sont croisées ou qu'elles reposent demi-fléchies sur le plan horizontal du lit, les battements de la tumeur soulèvent en totalité le pied et la jambe.

Du reste, le membre est sain ; sauf le léger degré de phlébectasie déjà noté, point d'œdème ni d'induration. Les mouvements du genou n'ont point perdu de leur étendue ; l'extension forcée est un peu pénible. Nulle douleur à la pression dans le sac ni ailleurs ; battements normaux appréciables à la pédieuse et à la tibiale postérieure.

L'auscultation attentive de la fémorale, des gros vaisseaux et du cœur ne révèle aucune altération dans le reste du système vasculaire. Le pouls est à 64. C..., du reste, a toujours joui d'une bonne santé. Il est sobre, n'a jamais fait d'excès ; de temps en temps seulement il est affecté de coliques assez intenses qui surviennent presque subitement, s'accompagnent d'inappétence, sont suivies de quelques selles, puis se dissipent après vingt-quatre ou trente-six heures, sans laisser de traces fâcheuses ni durables.

Jamais cas ne parut plus favorable au succès prompt de la *compression digitale ;* aussi fut-il décidé sur-le-champ qu'on aurait recours à ce procédé. Pendant qu'on recrutait le personnel nécessaire, le malade était soumis à une sorte de préparation. Je l'avais instruit de ce qu'on allait faire pour qu'il pût nous prêter son concours et sans l'effrayer outre mesure. Je lui avais appris cependant que sa maladie n'était pas insignifiante comme il le supposait tout d'abord, que sa guérison en revanche était à peu près certaine avec de la patience, du temps et un peu de courage de sa part. Notre homme, fort intelligent et d'un caractère très-doux, se soumit d'avance à tout et promit de nous aider de son mieux.

On diminua son régime, le vin fut supprimé. Tous les jours on administra deux centigrammes de poudre de digitale, le pouls tomba à 52. Repos absolu au lit.

Le 15, éclatèrent les symptômes abdominaux précités : ils me parurent se rapporter à l'entéralgie. La digitale fut suspendue, puis reprise du 19 au 25. Le pouls se fixa à 54 ou 56 pulsations, sans descendre au-dessous.

Tout étant disposé à souhait, la compression digitale fut commencée le 25. Elle devait être intermittente pendant deux jours, puis totale et continue au troisième. Ainsi fut-il fait.

Le 25, on commence à huit heures du matin. Les séances devaient

durer deux heures, suivies d'un temps de repos égal. On fit quatre séances, soit huit heures de compression. Les commencements n'offrirent rien de particulier ; à la fin de la troisième séance, à huit heures du soir, un engourdissement considérable se manifeste dans tout le membre qui est légèrement tuméfié et congestionné ; les varices sous-cutanées sont distendues. Le malade accuse dans le jarret des douleurs spontanées très-vives, qu'il compare à des brûlures avec un fer rouge. Le sac est d'une sensibilité extrême et surtout le tégument qui le recouvre ; l'attouchement le plus léger provoque des douleurs intenses, comme s'il y avait hyperesthésie cutanée. Le pied est également le siége d'un sentiment pénible de tension.

La suspension de la compression fait rapidement cesser les phénomènes, qui renaissent aussitôt que commence la quatrième séance ; c'est pendant le cours de cette dernière que je revois notre patient. Je constate les particularités susdites. Le malade est tourmenté par la soif, qu'on apaise avec de petits morceaux de glace pris fréquemment. Le pouls s'est élevé à 60 ; il est un peu vibrant, l'impulsion est forte dans l'artère fémorale. La peau du pli de l'aine, dans le point où porte la compression, est un peu rouge et légèrement endolorie.

A minuit, on suspend la manœuvre ; je fais appliquer au niveau de l'anneau du troisième adducteur, sur le trajet de l'artère, une bande roulée du volume de la racine du pouce et maintenue par quelques tours de bande médiocrement serrés, afin seulement de modérer l'afflux du sang dans le sac. Ce moyen agit efficacement, car il atténue notablement, sans les anéantir, les pulsations et l'expansion ; mais il agit trop encore, car, au bout d'une heure et demie, le malade, ne pouvant le tolérer, demande qu'on le supprime, ce qui est fait. Malgré l'administration de cinq centigrammes d'opium, la nuit est assez agitée ; il n'y a qu'une heure de sommeil.

Le 26, deuxième journée, je prescris des séances de trois heures avec temps égal de repos. J'obtiens neuf heures de compression, soit trois séances. J'arrive pendant la première, commencée à huit heures. L'interception du courant sanguin est bien réalisée, et sans qu'une forte pression soit nécessaire. L'expansion a diminué d'une manière très-notable ; le sac est plus solide, surtout en haut et en dedans. Il est évident que les dépôts fibrineux ont commencé, car les battements sont moins forts. La sensibilité cutanée est très-manifeste au niveau du sac. Le malade se plaint vivement chaque fois que la personne qui comprime explore le sac pour juger de l'efficacité de la manœuvre. Aussi je recommande à mes aides de s'abstenir le plus possible de cet examen, qu'il est cependant impossible d'interdire, puisqu'il sert à guider la main chargée d'arrêter le courant artériel.

A ce propos, je me permettrai une digression.

Nul doute qu'il ne soit indispensable, pendant le cours de la compression digitale, de savoir à chaque instant si le sang pénètre oui ou non dans le sac. Avec les appareils, cette constatation peut se faire à d'assez longs intervalles, chaque fois, par exemple, qu'on desserre une pelote pour agir avec l'autre ; mais le pouce de la main étant variable d'une minute à l'autre, et chaque fois qu'un aide en remplace un autre, c'est-à-dire de quart d'heure en quart d'heure environ, on est forcé de toucher fréquemment le sac. Ces attouchements réitérés ne sont pas sans inconvénients, ne fût-ce que parce qu'ils nuisent peut-être à la formation de stratifications fibrineuses, à laquelle un repos local complet conviendrait sans doute mieux.

De plus, causer à un malade duquel on exige le calme et l'immobilité des douleurs répétées et vives, comme c'était ici le cas, présente incontestablement des inconvénients sérieux ; ne serait-il pas possible dans ces circonstances exceptionnelles (on n'a noté que rarement cette extrême sensibilité de la région du sac) d'adapter sur la surface du sac un sphygmomètre assez simple, qui, par les oscillations ou le repos de l'aiguille, indiquerait à l'œil s'il existe oui ou non des battements, en d'autres termes, si le sang pénètre ou ne pénètre pas dans le sac ? J'avais conçu le projet de cette addition, qui pourrait d'ailleurs servir la physiologie ; je n'ai pu donner suite à ce projet.

Il peut être très-utile, comme on le verra plus tard, de faire exécuter temporairement la compression par le malade lui-même, et C..., en particulier, s'en acquittait très-bien ; mais pour savoir s'il arrêtait le cours du sang dans l'anévrysme, il était obligé de se lever à demi sur son séant pour porter la main sur le sac ; les battements lui paraissant supprimés, il reprenait la position horizontale ; mais très-souvent dans ce changement d'attitude l'agent compressif de la région inguinale, main ou sac de plomb, se dérangeait, et l'ondée sanguine filait dans la tumeur, alors que le malade croyait l'avoir arrêtée en route. Le sphygmomètre en question aurait paré à cet inconvénient. Je donne cette proposition pour ce qu'elle vaut.

Je dirai encore un mot sur les aides, qui tiennent si directement entre leurs mains la guérison ou l'insuccès. On ne saurait croire combien ils présentent d'inégalité individuelle : chez les uns, il y a défaut d'instruction ; ils ne savent pas comprimer une artère, et il faut bien dire que la compression parfaite de la fémorale, quoiqu'une des plus faciles, est beaucoup moins aisée qu'on ne le pourrait croire ; il est facile de s'en convaincre quand on pratique les amputations du membre inférieur avec le concours d'aides peu expéri-

mentés. Dans le traitement d'un anévrysme, cette imperfection disparaît assez vite; mais il est nécessaire que le chirurgien, ou à son défaut un aide habile, instruise séparément chacun de ceux qui devront concourir au but recherché. Lorsqu'on arrive à la compression totale et continue, il suffit de l'impéritie momentanée d'un élève pour anéantir le résultat poursuivi depuis plusieurs heures. La chose vaut donc la peine qu'on s'en occupe.

L'apprentissage bien dirigé n'est d'ailleurs ni long ni difficile, et la preuve, c'est qu'il nous a été possible dans le cas actuel d'utiliser trois des malades du service, intelligents d'ailleurs, convenablement doués du don précieux de patience et d'obéissance passive, et satisfaits de jouer un rôle dans l'entreprise. J'ai pu me convaincre qu'après quelques essais ils comprimaient aussi bien que les meilleurs élèves du service.

Instruction et bonne volonté à part, il y a des aides dont l'emploi est presque désavantageux, sans qu'il y ait cependant de leur faute. Je parle de ceux qui ont naturellement le toucher rude, et qui, sans en avoir conscience, développent pour effacer la cavité artérielle une force beaucoup trop considérable. Ils font beaucoup souffrir les malades, qui voient revenir leur tour avec une vraie appréhension. Nous avons dans nos séries deux de ces mains trop robustes, et C... ne se trompait pas sur le désavantage qui résultait de leur emploi.

Comme dernier détail, nous nous sommes très-bien trouvé de l'adjonction du sac de plomb de chasse appliqué sur la face dorsale de la main qui presse l'artère, en posant le sommet de ce sac conique sur le dos des deux premières phalanges. La compression efficace peut être continuée sans trop grande lassitude pendant vingt-cinq minutes de suite.

La deuxième journée de compression intermittente fut passablement supportée; cependant nous vîmes vers le soir revenir l'inquiétude, l'élévation du pouls, le malaise général et l'agitation des membres. Malgré nos observations, le malade remuait souvent la cuisse pour se soustraire instinctivement non à la pression inguinale, mais plutôt aux sensations douloureuses provoquées au bout d'un temps assez court par l'interruption totale du cours du sang. Souvent un mouvement du membre, presque inaperçu de l'aide, laissait entrer quelques ondées sanguines dans le sac et dans le système artériel, ce qui amenait du soulagement.

J'ai constaté moi-même qu'au bout de quinze à vingt minutes, la compression bien exacte amenait un engourdissement pénible avec turgescence marquée de tout le membre, distension des varices, et dans la région du sac une douleur très-vive; aussi bien spon-

tanée que par suite des attouchements. Pour comble de malheur, un petit ganglion inguinal se tuméfia et devint douloureux juste au niveau de l'éminence iléo-pectinée. Force fut donc de comprimer à un centimètre au moins plus bas, c'est-à-dire moins favorablement, faute de support osseux convenable et en déployant plus de force. En interposant entre le doigt et la peau une fine compresse imbibée d'eau blanche, la pression fut mieux tolérée.

A onze heures nous accordâmes au malade le repos qu'il réclamait. Tout faisait, du reste, présager un succès. Le sac avait notablement durci ; il paraissait un peu plus gros qu'au début, peut-être à cause de sa dépressibilité moins grande. L'expansion avait diminué de moitié, et les battements proportionnellement. La grande sensibilité du sac me paraissait d'un augure favorable, comme indice d'accumulation de caillots et de coagulation sanguine.

La digitale, l'opium, la glace, le régime sévère, furent continués ; un cataplasme froid fut appliqué sur le sac, un autre sur le pli de l'aine.

La nuit a été passable; la lassitude a amené le sommeil pendant trois heures environ, mais le malade accuse de la céphalalgie et un peu de mal de gorge.

Le 27, troisième jour, la compression doit être totale jusqu'à cessation des battements. Commencée à six heures du matin, elle n'est interrompue qu'à l'heure de la visite, pendant quelques minutes qui suffisent pour reconnaître le même état que la veille au soir. Puis elle est reprise et continuée avec persévérance et exactitude rigoureuse sous la surveillance constante de l'un des internes du service ; MM. Landetta, Duplay et Tillaux. L'opium et la digitale sont libéralement administrés. Dans l'après-midi, les douleurs se manifestent, elles deviennent intolérables dans le cours de la soirée, surtout dans le pied et le creux poplité ; le pouls, fort, vibrant, fébrile, s'élève à 84. Le malade se refuse à ce que l'on continue la compression, que son agitation musculaire finit du reste par rendre presque illusoire ; à minuit, on finit par se rendre à ses supplications réitérées. On semblait échouer au port. Près de seize heures de compression non interrompue avaient comblé la presque totalité du sac ; les battements étaient faibles, limités à la partie supérieure de la tumeur dans une étendue de 3 centimètres carrés à peine ; l'expansion était très-minime. Le sac, dur au toucher, avait manifestement augmenté d'un tiers de son volume primitif. Abandonner la partie à ce point nous causa beaucoup de regrets, mais je puis affirmer qu'il était impossible de continuer.

Le lendemain, quatrième jour, C..., un peu remis de sa fatigue, se

prête à la reprise de la compression ; mais au bout de quatre heures il demande grâce. Son état général était mauvais. Depuis le commencement des séances, il y avait eu six heures à peine de vrai sommeil.

Cette fatigue, l'usage de l'opium, la constipation, la diète, avaient amené un état saburral bien caractérisé, qu'on dut combattre par les lavements, un minoratif, les boissons acidulées et l'abstention de nouvelles tentatives : cet état céda promptement. L'amélioration ne se démentit pas complétement, et la tumeur resta beaucoup plus dure; les battements, l'expansion, le souffle, beaucoup plus faibles ; j'avais quelque espoir de voir se continuer la formation des caillots actifs, grâce surtout à la continuation prolongée de la compression intermittente.

En effet, C..., aidé de deux malades et surveillé le plus souvent par M. Landetta ou quelque élève du service, fait la compression pendant environ six ou huit heures tous les jours. Elle est exécutée avec une petite pelote de bois taillée en ellipse et garnie de linge. Sur la face plane repose le sommet conique d'un sac de plomb pesant 1 kilogramme. Ce sac lui-même est maintenu dans la direction verticale par un cordon fixé à un anneau de fer, et il suffit de maintenir ce sac avec la main et d'exercer une très-minime pression, pour intercepter totalement le cours du sang. La compression totale peut être, sans fatigue et sans douleur inguinale, exécutée par le malade lui-même pendant plus d'une heure. Je suis convaincu que cet appareil si simple rendrait de grands services, et qu'il eût amené la guérison dans un cas moins rebelle.

Nous variâmes à l'infini les essais avec le sac de plomb, et rien n'était plus facile que de faire taire les battements; mais le retour des douleurs de la jambe força toujours à interrompre la compression. Celle-ci cependant était efficace, car à plusieurs reprises, surtout le soir, les pulsations du sac devinrent si faibles qu'on eût dit qu'au bout de quelques instants elles allaient cesser tout à fait.

Malheureusement il n'en fut rien, et ces alternatives d'espérance et de déception se continuèrent jusqu'au 15 octobre, époque à laquelle je crus avoir trouvé un expédient efficace. En explorant le sac, je m'aperçus qu'il suffisait pour y interrompre les battements d'exercer une pression directe assez faible et très-circonscrite ; c'était vers le tiers supérieur de la tumeur. Au moyen d'une compresse graduée appliquée transversalement et d'une bande convenablement appliquée, j'établis une compression directe, qui sembla tout d'abord remplir parfaitement le but ; pendant plusieurs heures, les battements furent suspendus ; puis ils reparurent, parce que l'appareil s'était desserré ; on le réappliqua, et ainsi de suite plusieurs fois. Mais ce moyen rap-

pela bientôt les douleurs, et il dut être abandonné sans avoir produit rien de décisif.

Un autre essai fut tenté. J'avais remarqué que l'extension forcée de la jambe sur la cuisse amenait la cessation presque complète des battements; sans doute dans cette attitude le sac comprimait l'artère contre la surface poplitée du fémur; toujours est-il que je songeai à utiliser cette particularité. La jambe, qui jusqu'alors avait été abandonnée à elle-même, et qui pendant la compression faite à l'aine reposait au quart fléchie sur son côté externe, fut mise dans l'extension complète, et maintenue solidement dans cette position par deux longues attelles latérales. Le sac de plomb à l'aine, une légère compression directe, furent successivement associés à cette position, et souvent pendant plusieurs heures de suite les battements furent complétement suspendus ou réduits à très-peu de chose.

Cependant nous fûmes bientôt convaincus que la guérison ne s'obtiendrait pas encore par cette voie, car lorsque l'appareil était enlevé, les choses se retrouvaient à peu près au même état. Je ne crus pas devoir essayer la flexion forcée, malgré les succès publiés en Angleterre. Avant de renoncer à la méthode, je voulus faire un nouvel essai de compression digitale. En effet, l'amélioration de l'état local était évidemment très-considérable, et il semblait toujours qu'on était sur le point de réussir. L'état général, d'ailleurs, était très-bon; les forces avaient été réparées par un bon régime, et le malade n'était pas encore très-découragé. Je convoquai de nouveau les élèves de bonne volonté. Du 20 au 23 octobre, on fit deux jours de compression intermittente et une journée de compression totale, en tout trente et quelques heures. Je n'entre pas ici dans de nouveaux détails. Le troisième jour, à minuit, nous dûmes nous arrêter, non plus tant à cause des douleurs du sac et de la jambe, qu'en raison des souffrances très-vives que la pression déterminait au pli de l'aine. Les battements étaient presque abolis, le sac très-dur et volumineux; le souffle avait presque disparu. La circulation collatérale était en bonne voie d'établissement, car à plusieurs reprises nous sentîmes une artère assez volumineuse battre dans le creux poplité, superficiellement et presque dans l'axe de la région. Le sang pénétrait donc un peu dans le membre par les voies anastomotiques; d'où diminution de l'engourdissement, de la douleur, etc. La circulation veineuse s'effectuait de même, malgré l'effacement de la veine fémorale au pli de l'aine, car le membre n'était plus, comme au début, rouge et turgescent pendant la compression totale continuée (1).

(1) En faisant la compression digitale ou mécanique au pli de l'aine,

Pour n'avoir rien à me reprocher, je fis, le 28 octobre, l'essai des appareils mécaniques, et j'appliquai le compresseur perfectionné par M. Broca et fabriqué par M. Charrière ; comme il était aisé de le prévoir, il échoua complétement. La pression de la pelote était rapidement intolérable sur l'éminence iléo-pectinée. La pelote inférieure n'arrêtait que très-difficilement le cours du sang ; encore fallait-il la serrer très-fortement. Je ne pus jamais réussir à l'appliquer convenablement à l'anneau du troisième adducteur. Aussitôt que la pelote, bien appliquée, comprimait efficacement depuis quelque temps, elle était déplacée par les mouvements du malade, et le sang rentrait dans le sac. Au bout de deux jours, nous dûmes y renoncer.

A partir de ce moment, il me fut démontré que la ligature de la fémorale pouvait seule amener la guérison. Nous avions varié la compression de toutes les façons possibles, et nous avions mis toute la persévérance exigible. C'est à dessein que j'ai prolixement raconté toutes les péripéties du traitement, afin de montrer que la compression, dont je reste cependant le zélé partisan, n'est pas plus infaillible que toute autre méthode quelconque ; qu'en revanche, en cas d'échec, elle n'entraîne aucun accident notable ; que la compression digitale est le meilleur procédé de la méthode, et qu'étant définitivement entrée dans la pratique chirurgicale, il est nécessaire de signaler ses imperfections, ses insuccès, afin de corriger les unes et de diminuer le nombre des autres.

En résumé, l'échec de la compression doit être, dans le cas actuel, rapporté à la sensibilité extrême du malade, aux douleurs déterminées par le fait même de l'interruption du cours du sang dans le membre, et sans doute aussi à un défaut de plasticité du sang particulier au malade et tout à fait individuel. Cette dernière cause me semble s'être manifestée à la suite de la ligature elle-même, et je crois pouvoir lui rapporter la persistance tenace des battements dont je parlerai plus loin. Rien chez notre opéré ne pouvait faire prévoir cette disposition fâcheuse.

Après avoir consulté quelques collègues, et en particulier M. Richet, qui voulut bien me prêter son concours actif, la ligature de la fémorale fut pratiquée le 5 novembre.

Le malade avait été préalablement préparé par les bains et les purgatifs.

---

on recommande de ne point comprimer simultanément la veine fémorale, et on indique à ce propos certaines précautions ; je pense qu'on se fait illusion sur leur valeur, et je crois que la veine est presque à coup sûr effacée.

L'opération fut pratiquée au niveau de l'anneau du troisième adducteur; elle ne présenta aucune difficulté, et fut terminée en sept ou huit minutes. La peau incisée, je découvris deux veines variqueuses serpentines de la grosseur d'une plume d'oie ; comme elles croisaient à angle aigu le trajet de l'artère et m'eussent ultérieurement gêné, j'introduisis au-dessous de chacune d'elles un double fil et les divisai l'une après l'autre entre les deux ligatures. Une artériole du bord interne du couturier fut également liée dès qu'elle fut ouverte. J'arrivai donc sur l'anneau fibreux sans être embarrassé par le moindre écoulement sanguin. Je me guidai, pour arriver jusqu'à l'artère, sur le nerf saphène, sur la veinule satellite de l'artère et qui rampe en avant de celle-ci, de sorte qu'on la voit par transparence à travers les fibres de l'anneau ; enfin sur ces fibres elles-mêmes, brillantes, parallèles, perpendiculaires à l'axe des vaisseaux. L'absence de tout écoulement sanguin rendit la reconnaissance des points de repère et la division des couches aussi simples que sur le cadavre. Je divisai sur la sonde cannelée les fibres transverses de l'anneau à leur partie moyenne, et reconnus sur-le-champ l'artère d'après sa position plutôt que d'après son apparence ; elle se montra, en effet, sous forme d'un gros cordon mal limité, d'une couleur sombre, plus foncée que celle des muscles, mou et sans battements *appréciables* au toucher. La petite veine satellite antérieure, couchée sur l'artère, était seule bien visible. L'artère, qui paraissait tout à fait saine, fut isolée des parties ambiantes dans l'étendue d'un centimètre au plus à l'aide de la sonde cannelée, et le fil passé au-dessous. En soulevant ce dernier en anse, on put s'assurer par la cessation des battements qu'on avait bien réellement saisi l'artère. Il fallut ensuite mettre de côté la petite veine satellite antérieure, qui était restée accolée au vaisseau artériel ; puis on serra la ligature. La veine fémorale principale ne fut pas aperçue ; le nerf saphène interne fut écarté en arrière et en dedans. Le malade avait été chloroformé.

La plaie fut réunie dans la plus grande partie de son étendue avec des serre-fines ; compresses imbibées d'eau fraîche pour pansement; alimentation substantielle en quantité raisonnable ; boissons acidules ; julep avec 4 grammes d'alcoolature d'aconit; membre demi-fléchi posé sur sa face externe.

A son réveil, l'opéré accusa dans le sac une douleur très-forte, et dans le membre l'engourdissement déjà si souvent signalé. Les téguments de la jambe offraient un peu de pâleur et un abaissement de température facilement appréciable ; mais la chaleur revint rapidement, et les douleurs elles-mêmes se dissipèrent dans le cours de la journée. Les accidents furent donc beaucoup plus légers et moins

durables après la ligature qu'après la compression, lorsque celle-ci était prolongée et complète, ce qui semble tenir à ce que la circulation veineuse n'était point entravée, à ce que l'interception du sang avait lieu beaucoup plus bas et laissait libre la fémorale profonde. Les battements cessèrent sur-le-champ dans le sac et aux artères pédieuse et tibiale postérieure. Cependant le rétablissement très-prompt de la température, la disparition rapide de l'engourdissement, prouvent que la circulation collatérale était déjà préparée.

Le lendemain, l'état local est satisfaisant, sauf un peu de sensibilité à l'entour de la plaie. Les serre-fines sont retirées, la réunion immédiate paraît obtenue. Le pouls est plein, un peu dur; céphalalgie assez marquée, qui cède à une saignée de trois palettes.

Le 7 (troisième jour), les bords de la plaie sont désunis et entr'ouverts; ils présentent une rougeur érythémateuse qui s'étend à quelques centimètres de distance, avec tuméfaction et douleur au toucher. Il y a un peu de fièvre. (15 grammes d'huile de ricin; régime léger; frictions avec l'onguent napolitain; cataplasmes.) La rougeur s'étend à toute la cuisse jusqu'au pli de l'aine, sans tuméfaction des ganglions; la peau, partout douloureuse au toucher, se couvre d'une éruption due à l'onguent napolitain, et qui me paraît favorable en localisant à la cuisse l'irritation cutanée. La fièvre tombe; la plaie de la ligature se dégorge et fournit un pus louable; les douleurs du jarret et de la jambe ont cessé dès le quatrième jour, et le sac commence à diminuer; il est fort consistant; cependant on reconnaît à sa partie supérieure, des battements obscurs, sans expansion ni souffle. Ce phénomène n'est pas constant; toutefois, on le constate fréquemment.

Rien de notable jusqu'au 22 novembre; la ligature tombe alors (dix-septième jour). Trois jours après, M. Denonvilliers, qui a repris son service, ouvre à la partie supérieure et externe de la cuisse un petit abcès sous-cutané qui se cicatrise rapidement.

La plaie de la ligature est, au contraire, lente à se fermer; le 15 décembre, il restait encore quelques bourgeons charnus non recouverts d'épiderme, malgré les cautérisations avec le nitrate d'argent. L'état général, du reste, est très-bon; le membre n'est le siége d'aucune douleur, mais il est roide et un peu fléchi au niveau du genou. Le malade marche facilement avec des béquilles; il s'ennuie beaucoup à l'hôpital, et demande sa sortie, qu'on lui accorde.

A cette époque, le sac est considérablement réduit en dimension. Gros comme un œuf de poule lors de l'admission à l'hôpital, il avait presque doublé de volume au moment où la ligature avait été pratiquée. A la sortie, il mesure à peine quatre centimètres de longueur, et sa largeur est encore moindre; il est régulier à sa surface, très-

dur au toucher, et malgré ce retrait progressif et continu, il est toujours possible de retrouver vers la partie supérieure de la tumeur des battements légers, sans souffle ni expansion, sur la nature desquels les avis sont partagés.

Le 23 janvier, C... est présenté à la Société de chirurgie. La plaie de la ligature est cicatrisée depuis longtemps, le membre est toujours roide, légèrement fléchi; la marche est pourtant possible avec une canne, et le malade est venu à pied depuis la rue Saint-Maur jusqu'à la Société (3 kilomètres environ). Les battements sont appréciables dans la pédieuse et la tibiale postérieure. Il n'y a ni œdème, ni rougeur, ni engourdissement, ni changement de coloration, ni développement variqueux de la jambe. L'état général est parfait. Le sac, profondément caché dans le jarret, atteint à peine le volume d'une petite noix et ne se retrouve pas sans quelque attention. Cependant, à sa partie supérieure, dans une étendue verticale de 2 centimètres, horizontale de 2 centimètres et demi, on sent distinctement des battements assez marqués qui paraissent être en dehors et au-dessus des vestiges du sac, et qui ne s'accompagnent ni de souffle ni d'expansion.

M. Verneuil désire particulièrement fixer l'attention de ses collègues sur la nature exacte et le siége précis de ces battements. Est-ce une récidive de l'anévrysme, est-ce une persistance d'une petite cavité dans le sac? L'artère poplitée serait-elle restée perméable et soulèverait-elle le sac oblitéré, ou bien se terminerait-elle en cœcum au-dessus de ce dernier, et recevrait-elle une ondée sanguine qui, heurtant contre le point oblitéré, déterminerait les battements? S'agirait-il enfin d'une grosse artère collatérale très-dilatée remplaçant la poplitée et marchant à peu près dans le même sens? Quel est le pronostic à porter? Un traitement spécial doit-il être institué? Telles sont les questions que pose M. Verneuil, et pour la solution desquelles il invoque les lumières de la Société.

DISCUSSION.

M. FOLLIN. Après la communication de M. Verneuil, je crois qu'il est intéressant de mettre sous les yeux des membres de la Société une pièce que j'ai recueillie dans mon service à la Salpêtrière. C'est un exemple de *guérison brusque et spontanée d'un double anévrysme*; mais cette guérison a déterminé promptement une gangrène des membres inférieurs.

Cette femme, âgée de soixante-dix ans, présentait, au moment de son entrée à l'infirmerie, une tache livide, gangréneuse, au niveau du troisième orteil. Cette tache s'étendit bientôt à la face dorsale du pied. Les battements des artères des membres inférieurs étaient très-

faibles, à peine perceptibles. Cette femme était en outre atteinte d'un catarrhe chronique, d'accidents graves de dyspnée, et elle succomba promptement à l'aggravation de son catarrhe pulmonaire.

A l'autopsie, j'ai trouvé un double anévrysme poplité. La poche anévrysmale est oblitérée par la présence de caillots abondants et volumineux. A la périphérie, on trouve des caillots actifs, stratifiés, creusés presque à leur partie centrale d'un véritable canal. Ce canal est obstrué par des caillots de formation récente, des caillots passifs. Il est probable que la formation de ces caillots a été rapide. Cette femme eût été guérie si cette production de caillots n'avait pas amené un arrêt trop brusque dans la circulation.

Les taches gangréneuses que nous avions observées pendant la vie étaient un phénomène consécutif à la production de ces caillots : la circulation collatérale n'avait pas pu suppléer assez vite à cet arrêt dans le passage du sang à travers les artères poplitées.

Les anévrysmes sont constitués par la tunique externe des artères. Celles-ci ont subi une altération que l'on observe fréquemment chez les vieillards, l'altération athéromateuse. Cette altération granulo-graisseuse porte sur la couche moyenne, contractile, des artères ; de là un premier obstacle à la circulation. L'élasticité artérielle est perdue, et le sang circule difficilement dans la cavité de ces vaisseaux.

Il arrive assez souvent, dans ces circonstances, que des portions de plaques calcaires se détachent et obstruent ou diminuent le calibre du vaisseau. Si, dans ce cas, nous ne trouvons pas de plaque calcaire au centre des caillots, nous rencontrons une autre cause d'arrêt dans la circulation : ce sont les caillots actifs qui remplissent presque tout le calibre de l'anévrysme.

M. BROCA. Le fait que vient de présenter M. Verneuil est intéressant, mais le malade me paraît en bonne voie de guérison, et il me semble que nous ne devons pas avoir de récidive à redouter, quant à présent du moins.

J'ai étudié avec soin le retour des battements qui peuvent se montrer à une époque plus ou moins éloignée de l'opération d'un anévrysme. Ces battements peuvent tenir à trois causes différentes : 1° persistance des battements; 2° retour des battements; 3° récidive.

Dans le premier cas, les battements sont dus à la présence d'une collatérale un peu large, qui est placée dans un point très-rapproché de la poche anévrysmale. Ces battements se montrent promptement, et n'empêchent pas la guérison de la tumeur.

Dans le second cas, la circulation est brusquement interrompue; la poche se remplit immédiatement de caillots qui n'ont pas eu le

temps de s'organiser. Ces caillots passifs sont bientôt en contact avec l'ondée sanguine, ramenée par les collatérales voisines, et se dissolvent petit à petit.

Le sang artériel rentre dans la poche, et les battements reparaissent. Ils se montrent à une époque rapprochée de l'opération, et persistent un, deux, trois mois, et même davantage; j'ai lu une observation dans laquelle les battements avaient persisté huit mois. Ces battements disparaissent, les caillots actifs viennent remplacer les premiers caillots, et la guérison se produit dans presque tous les cas. Le malade présenté par M. Verneuil me semble rentrer dans cette seconde catégorie.

Quand une récidive doit avoir lieu, les battements ne reparaissent pas aussi vite dans la tumeur que dans le cas précédent. On les retrouve un mois, deux mois, six mois, et même un an, deux ans et trois ans après la ligature du vaisseau. A une époque tardive, le sang retrouve un passage dans la poche anévrysmale; il se creuse une cavité plus ou moins spacieuse, et la tumeur reprend les caractères d'une tumeur anévrysmale.

L'on retrouve, à la vérité, dans toutes ces circonstances, des battements plus ou moins circonscrits dans un anévrysme opéré, mais ces battements ont une valeur différente dans les divers cas où ils peuvent se présenter, au point de vue de leur marche et surtout du pronostic de l'opération. Dans les deux premières classes, il n'y aura plus à faire intervenir de traitement chirurgical; dans la troisième, le cas est grave, et l'opération que l'on devra pratiquer plus sérieuse encore que la première.

Pour le malade de M. Verneuil, les battements ont reparu très-vite; ils n'augmentent pas, ils ont plutôt de la tendance à diminuer d'intensité; la tumeur est considérablement revenue sur elle-même; on sent à peine un noyau allongé dans la place qu'elle occupait, et les deux mois qui se sont écoulés depuis l'opération ne me paraissent pas devoir aggraver le pronostic.

Quand il s'agit de récidive, la tumeur tend à s'accroître, et sa gravité augmente en raison de son accroissement. Chez un malade cité par Jeffrey, on dut en venir à l'amputation de la cuisse.

M. GOSSELIN. Le malade présenté par M. Verneuil me semble devoir être rapproché d'un malade opéré par Roux, et que j'ai pu étudier avec le plus grand soin. C'est *Levasseur*, dont on retrouve le nom dans les lettres de M. Roux. Chez Levasseur, les battements reparurent peu de temps après l'opération, et M. Roux s'en effraya d'abord; mais, comme pour le malade que nous venons de voir, il n'y avait pas de mouvement d'expansion de la tumeur, pas de souf-

fle, et celle-ci s'était notablement affaissée. Le sang revenait dans la tumeur par des artères collatérales, et non par l'artère oblitérée.

Le malade étant mort d'accidents étrangers à cet anévrysme (il avait été opéré d'un anévrysme poplité développé du côté opposé), j'ai fait son autopsie avec soin, et j'ai pu constater les particularités que je viens de signaler. A cette époque, M. Lenoir fit un mémoire contenant un ou deux faits, desquels il m'a paru résulter que ces battements *de retour* n'étaient point dangereux, que le sang, poussé dans la poche, était apporté par des artères d'un petit calibre; que les battements étaient peu intenses et surtout peu inquiétants. Aussi je pense que la persistance des battements chez le malade dont nous parlons en ce moment ne doit pas faire redouter une récidive.

M. RICHET a examiné le malade avec soin à l'hôpital Saint-Louis. Il n'y a dans la tumeur ni mouvement d'expansion ni bruit de souffle, l'anévrysme a considérablement diminué, et il ne voit pas là de motifs pour craindre une récidive. Il pense aussi que les battements sont communiqués à la tumeur par de petites artères collatérales. La tumeur va en diminuant, et il faut attendre. M. Richet ne doute pas qu'elle finisse par disparaître tout à fait.

M. CHASSAIGNAC ajoute que la tumeur a tellement diminué qu'il faut aujourd'hui explorer avec soin le creux poplité pour en retrouver la trace. Il pense donc aussi que l'anévrysme doit être considéré comme guéri. Mais comme le membre du malade de M. Verneuil est rétracté, que le malade boite, M. Chassaignac ajoute qu'il a pour habitude de maintenir le membre dans une rectitude parfaite, jusqu'à guérison complète. C'est ainsi que sur deux malades qu'il a opérés, il a pu, en agissant de cette manière, obtenir deux résultats si satisfaisants que l'opération n'a laissé à sa suite aucune claudication, aucun raccourcissement.

M. VERNEUIL répond que si le membre n'a pas été maintenu dans une bonne position jusqu'à guérison complète, c'est que le malade a voulu sortir aussitôt que la plaie de la cuisse a été guérie, malgré les conseils réitérés qui lui ont été donnés. M. Verneuil se demande où se passent ces battements, question qu'il s'était déjà posée dans la communication qu'il a faite.

M. BROCA. Je pense que les battements ont lieu dans le sac anévrysmal.

Si là tumeur était soulevée par une artère placée plus profondément au-dessous d'elle, la main recevrait en l'explorant la sensation de soulèvement, d'expansion; or ici la tumeur est pulsatile et non soulevée en masse. J'ajouterai que ces battements s'expliquent très-

bien si l'on admet que le sang revient dans la poche anévrysmale, tandis que l'on comprendrait moins facilement qu'une artère placée au-dessous d'elle lui imprimât ses battements. Il faudrait dans ce cas, en effet, pour soulever la tumeur, une artère plus volumineuse et par conséquent douée d'une force plus grande.

Quant au bruit de souffle, voici comment je m'explique qu'il peut et même qu'il doit manquer ordinairement :

Le bruit de souffle n'existe que dans les anévrysmes où le goulot de communication entre le vaisseau et la poche est plus petit que le sac : à ce niveau il y a collision entre les deux courants sanguins et partant production d'un bruit de souffle. Or, lorsqu'une ligature a été placée sur une artère, il y a dans le sac une couche excentrique plus ou moins épaisse de caillots actifs. Cette couche augmente. S'il se forme une accumulation brusque de caillots passifs, ceux-ci peuvent momentanément arrêter la formation des caillots actifs. Mais s'ils ne sont pas assez abondants pour déterminer la production d'un abcès, ils se résorbent, et la formation des caillots actifs continue. Ils sont doués d'une grande force de rétraction, ils tapissent le sac, le resserrent et l'oblitèrent même plus ou moins promptement. Mais que le sang revienne dans la poche anévrysmale, celle-ci n'est plus qu'un diverticulum, et l'on ne retrouve plus ce goulot dont j'ai parlé, nécessaire à la production du souffle. La capacité de l'anévrysme est alors proportionnelle à l'intensité des battements ; quelquefois la poche n'est plus perméable que sur un point, et les battements ne se montrent que sur un espace limité et rétréci.

M. ROBERT fait remarquer que si la poche anévrysmale diminue, le calibre de l'artère doit aussi éprouver un retrait au moins équivalant à la diminution de capacité de la tumeur ; le goulot de communication devrait donc rester dans les proportions où il se trouvait avant l'opération.

M. MOREL-LAVALLÉE insiste sur le rôle de l'éperon du goulot de communication dans la production du bruit de souffle ; il explique comment l'ondée sanguine ne produirait pas seule le bruit, mais qu'elle fait entrer les bords de l'ouverture en vibration. De plus, l'épaississement de la poche en certains endroits, son amincissement en d'autres, expliquent pourquoi les battements peuvent être perçus dans un point et non dans un autre.

M. BROCA. Je n'ai pas voulu discuter les diverses théories qui ont été imaginées pour expliquer la production du bruit de souffle. Ce sont bien certainement les parois de l'orifice qui entrent en vibration sous l'influence de la collision des colonnes sanguines ; je voulais

seulement insister sur l'importance du goulot dans les anévrysmes. Quant au retrait du sac et de l'artère, le sac diminue plus vite que l'artère par suite de la présence des caillots actifs et de leur force de rétraction ; le sac revient sur lui-même dans tous les sens, l'artère seulement suivant son calibre et non suivant sa longueur. De ce côté donc, le goulot n'éprouve pas de diminution. L'explication que j'ai avancée est du reste en harmonie avec les phénomènes que l'on observe dans les anévrysmes.

M. GOSSELIN. Les battements me paraissent bien évidemment avoir lieu dans le sac anévrysmal. Il me semble difficile qu'il reste à l'extérieur de la tumeur des artères assez volumineuses pour donner lieu à la production de tels battements. Chez Levasseur, dont j'ai déjà rappelé l'histoire, on sentait de pareils battements, et à l'autopsie on trouva que le sac était perméable dans une petite portion de son étendue. Je comprends d'ailleurs que, dans les cas de ce genre, le courant sanguin ramené par les collatérales est suffisant pour produire des battements, mais il ne l'est pas assez pour déterminer du souffle et de l'expansion dans la tumeur. Cela tient sans doute à ce que le sang artériel perd de sa force d'impulsion en passant à travers les capillaires dilatés pour le rétablissement de la circulation.

M. CLOQUET revient et insiste sur la pièce présentée par M. Follin. Il a rencontré un certain nombre de faits que l'on peut rapprocher de celui-là, et dans lesquels on voyait aussi un canal central au centre d'une poche anévrysmale ; mais c'est surtout dans les anévrysmes cylindroïdes que ces particularités ont été observées. M. Cloquet rappelle un exemple remarquable d'une semblable lésion. Les détails en sont consignés dans sa thèse de 1831. Sur cette pièce, on trouvait trois anévrysmes, l'un sur la fin de l'aorte abdominale, les deux autres sur les artères iliaques primitives, et chaque anévrysme, rempli de caillots denses et fibrineux, était percé d'un canal creusé au milieu de ces caillots.

M. Cloquet termine en disant que, tandis que dans les phlébolithes le caillot est plus dur à son centre, le contraire se rencontre dans les caillots artériels.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Arrachement du pouce. — M. LARREY présente un nouvel exemple d'arrachement du doigt, dont la pièce anatomique et l'observation sommaire lui ont été adressées par M. le docteur A. Perrier (de la Charité-sur-Loire), ancien chirurgien militaire. Les considérations déjà émises sur les faits du même genre devant la Société nous permettent de résumer simplement l'observation comme il suit :

D..., âgé de soixante ans, d'une bonne constitution, meunier à Chalivoy (Cher), attachait dans la matinée d'avant-hier (15 janvier 1861) une vache par le cou à l'aide d'une corde dont une extrémité était fixée à la crèche, et l'autre, bifide, destinée à embrasser le cou de l'animal, devait être nouée par un nœud coulant. D... en était à cette partie de l'opération, et avait le pouce gauche passé dans l'anse du nœud, lorsque la vache, poussée du côté de son maître par le reste du troupeau, ne lui permit pas de retirer le pouce à temps. La deuxième phalange fut brusquement arrachée, avec son tendon fléchisseur séparé des fibres musculaires qui s'implantent sur lui. La douleur fut nulle à l'extrémité digitale, et ce pauvre homme ne s'aperçut pas tout d'abord de cette mutilation ; mais elle fut vive à l'avant-bras, au point où le tendon avait cédé.

Arrivé quelques heures après l'accident, je constatai l'état suivant:

La première phalange, loin de faire saillie, peut être facilement recouverte par deux petits lambeaux, palmaire et dorsal, plus longs que ne le fait supposer l'inspection de la pièce pathologique ci-jointe. L'artériole palmaire est tordue. Aussi n'y a-t-il eu aucune hémorrhagie. La gaîne du tendon fléchisseur est béante ; vive douleur dans toute la longueur de cette gaîne ; tuméfaction de l'avant-bras modérée. Point de réaction générale. — Pansement à l'aide de bandelettes agglutinatives ; bandage roulé jusqu'au coude, modérément serré; position inclinée du membre; irrigations froides continues sur l'avant-bras.

Ce matin, quarante-huit heures après l'accident, l'état local et général est très-satisfaisant. La douleur a cessé sous l'influence de l'eau froide, et j'espère bien n'avoir plus à redouter l'inflammation de la gaîne et ses conséquences. Je remplace les irrigations par des cataplasmes de fécule froids.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 31 *janvier* 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Foucher se porte candidat à la place de membre titulaire actuellement vacante.

— La commission générale de l'Association des médecins du département de la Seine annonce à la Société de chirurgie qu'elle est inscrite sur la liste des bienfaiteurs de l'Association.

— M. le docteur Joseph Duval, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée : *Du mamelon et de son auréole; anatomie et physiologie*. Paris, 1851, in-4°.

— M. le docteur Scanzoni fait don à la Société d'un exemplaire de son mémoire intitulé : *Ein fall von Gebarmutter-blasenfistel*. Wurtzbourg, 1860, in-8°. (Un cas de fistule utéro-vésicale.)

— Arrault. *Quelques mots sur les ambulances volantes*. Paris, 1861, in-4°.

— *Traité sur l'épuisement de l'économie humaine*, par feu le docteur Sallenave. Bordeaux, 1860, in-8°.

PRÉSENTATION.

M. LEGOUEST présente un malade atteint d'**anévrysme artérioso-veineux**, et donne les détails suivants :

C'est un militaire, blessé en Crimée il y a cinq ans, le 24 mai. Cet homme a reçu une balle au niveau du sternum, à la partie supérieure de cet os, un peu à gauche de la ligne médiane. La balle a glissé vers l'aisselle, et cette plaie a donné lieu à une hémorrhagie abondante. Le blessé fut conduit à l'ambulance, et l'on fit l'extraction de la balle dans la région axillaire. Cette extraction fut suivie d'une hémorrhagie aussi abondante que la première, et que l'on arrêta à l'aide du tamponnement. Le malade resta huit ou dix jours à l'ambulance ; puis, effrayé de voir tous les blessés qui l'entouraient, il voulut reprendre son service et retourner à son régiment. Quelque temps après, les plaies étant entièrement cicatrisées, il s'aperçut que la paroi antérieure de l'aisselle était développée.

Cette tuméfaction a peu augmenté, au dire du malade; enfin il est venu au Val-de-Grâce, et M. Legouest a pu reconnaître immédiatement qu'il existait dans cette région un anévrysme artérioso-veineux. On est frappé tout d'abord de la saillie de la paroi antérieure de l'aisselle; il existe en cette région un soulèvement, une tension très-prononcée : les autres signes de la tumeur anévrysmale sont des plus caractéristiques, et rendent le diagnostic très-facile. Cet homme n'éprouve pas une grande gène de la présence de cet anévrysme, dont le développement ne paraît pas avoir augmenté; les veines du bras n'ont subi aucune distension, et ce qui incommode le plus le blessé, c'est le bruit qu'il entend sans cesse, bruit de rouet, qui est surtout insupportable quand il est au lit.

Pour moi, ajoute M. Legouest, je crois qu'il n'y a rien à faire, et je rejette toute opération dans le but de guérir cet anévrysme. Telle est mon opinion, et je viens demander celle de mes collègues de la Société. Je ferai remarquer que cet anévrysme a été déterminé par une balle, et que de telles lésions, produites par un semblable projectile, doivent être rares. Je connais plusieurs exemples d'anévrysmes artérioso-veineux qui ont été déterminés par des grains de plomb, mais je n'en connais pas qui aient eu pour point de départ une lésion produite par une balle.

M. CHASSAIGNAC partage l'opinion de M. Legouest pour le cas qui est présenté à la Société. Il a publié, dans les *Archives*, un exemple d'anévrysme artérioso-veineux qui avait été produit aussi par une balle. C'était dans un duel, et la balle avait pénétré dans le mollet : elle avait blessé l'artère et la veine tibiale postérieure. Le susurrus se faisait entendre sur toute la jambe. M. Velpeau fut consulté pour ce cas particulier, et, d'un commun accord, on se borna à prescrire l'usage d'un bas élastique.

M. Chassaignac insiste sur cette propagation du susurrus suivant l'axe du membre, dans le sens longitudinal ; dans le fait présenté à la Société, on entend le susurrus jusqu'au pli du coude.

M. LARREY est aussi de l'opinion de M. Legouest. Ces anévrysmes artérioso-veineux sont très-rares, quand ils reconnaissent pour cause certains projectiles, une balle par exemple, comme dans le cas présenté par M. Legouest. A la suite de coups d'épée, ces lésions sont moins rares. — Son père en a rapporté un exemple remarquable ; son grand-oncle, M. Alexis Larrey, en a vu aussi un dans le creux poplité.

M. Larrey a présenté à la Société un jeune homme atteint d'anévrysme artérioso-veineux dans la région fémorale. Ce jeune homme n'a voulu se soumettre à aucun traitement palliatif. Or, dans une chute, la poche s'est rompue et le blessé est mort. Malheureusement il était loin de Paris, et M. Larrey n'a pas pu savoir exactement les lésions que l'on avait rencontrées.

— L'ordre du jour appelle la nomination d'une commission pour examiner les titres des candidats à une place vacante de membre titulaire.

Ont été nommés : MM. Depaul, Legouest, Gosselin.

— M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la mort de M. Gélis (de Nantes), membre correspondant.

— M. le docteur Henry (de Nantes) lit à la Société un travail sur une modification qu'il a apportée à l'opération du bec-de-lièvre. (Commissaires, MM. Depaul, Guersant et Morel-Lavallée.)

Retour des battements après la ligature. — M. **BROCA**, à l'occasion du procès-verbal, communique le relevé des observations qu'il a réunies pour compléter ce qu'il a dit dans la dernière séance sur les anévrysmes dans lesquels les battements reparaissent après la ligature. Les cas où les battements ont persisté, quoique affaiblis, immédiatement après la ligature, ne figurent pas dans ce relevé. M. Broca rappelle toutefois que ce phénomène n'entrave nullement la guérison des anévrysmes, qui s'oblitèrent graduellement et régulièrement par des dépôts de fibrine, grâce au ralentissement de la circulation.

Le relevé comprend seulement les cas où la tumeur anévrysmale, d'abord oblitérée par des caillots, est redevenue perméable au bout d'un temps plus ou moins long. M. Broca a divisé ces cas en deux séries, relatives, l'une, au simple *retour des battements*, l'autre, aux *récidives proprement dites*.

Le retour des battements, dû à la dissolution des caillots passifs déposés au centre de la tumeur, se montre presque toujours dans le courant du premier septénaire ; ces battements de retour n'ont ordinairement qu'une courte durée ; ils ne persistent quelquefois qu'un seul jour, mais ils peuvent persister plus longtemps et ne s'éteindre que peu à peu, au bout de deux ou trois semaines, et même au bout de trois ou quatre mois seulement. Ce qui distingue ces cas des récidives, c'est que la tumeur ne fait aucun progrès, que les pulsations, toujours beaucoup plus faibles qu'avant la ligature, acquièrent en quelques heures leur maximum d'intensité et vont ensuite en diminuant. Toutefois, il y a eu deux cas sur vingt-six où la tumeur a présenté une autre marche, et où le retour des battements a abouti à la récidive.

Ces 26 cas sont répartis de la manière suivante :

Anévrysmes traités par la ligature de la fémorale, 13 cas ; de l'iliaque externe, 4 ; de la carotide primitive, 6 ; de la sous-clavière, 1 ; de la radiale, 2.

Cinq fois les battements ont reparu avant la fin de la première journée ; cinq fois dans le courant de la deuxième journée ; huit fois du troisième au septième jour ; quatre fois du huitième au quinzième jour ; une fois le dix-neuvième jour ; une fois enfin au bout de sept semaines seulement. Dans ce dernier cas, qui appartient à M. Miller, les battements ne durèrent qu'un seul jour.

Les résultats définitifs ont été les suivants :

Aucun malade n'a été atteint de gangrène. Deux seulement sont morts d'accidents étrangers à celui qui nous occupe. Un opéré de M. Porter mourut de phlébite de la veine fémorale, et on trouva que

le fil de la ligature avait perforé cette veine d'outre en outre. Un opéré d'Everard Home mourut d'hémorrhagie consécutive par la plaie de la ligature. Tous les autres malades ont survécu ; tous ont été radicalement guéris, à l'exception de l'opéré de M. Curling et de celui de MM. Greeves et Bransby Cooper ; dans ces deux cas il y a eu récidive véritable.

Les cas relatifs à la récidive proprement dite sont au nombre de 22. La récidive s'est montrée sept fois vers la fin du premier mois, treize fois après la fin du sixième mois. Dans les deux autres cas l'époque exacte de la récidive n'est pas indiquée. Il est digne de remarque que dans aucun des cas complétement connus la récidive n'a eu lieu entre un et six mois.

Toutes les récidives qui eurent lieu après la fin du sixième mois étaient relatives à des anévrysmes du jarret, de la cuisse, de l'aine ou de la fosse iliaque. Tous ces anévrysmes avaient été traités par la ligature à distance, suivant la méthode d'Anel et le procédé de Hunter. Il y a eu six cas de récidive entre six mois et un an ; deux cas au bout d'un an (Key et Hosack) ; un au bout de deux ans (Roux), un au bout de quatre ans (Gunning), un au bout de plus de quatre ans (Porta), un au bout de sept ans (Cæs. Hawkins), un enfin au bout de quinze ans (A. Cooper).

Ces cas sont beaucoup plus graves que ceux de la catégorie précédente. Il y a eu trois malades, il est vrai, dont les anévrysmes récidivés ont guéri spontanément, ou à la faveur de traitements peu énergiques (cas de Lenoir, Sykes, Nott) ; il y en a eu deux autres chez lesquels les tumeurs, après avoir acquis un certain volume, sont restées stationnaires pendant longtemps (cas de Roux et de Curling). Mais dans les autres cas, les tumeurs ont fait des progrès plus inquiétants, et deux fois même (obs. de Briggs et de Gunning) elles ont affecté une marche plus rapide que la première fois. Dans le cas de M. Ganning, les accidents prirent une telle gravité que M. Jeffreys dut en venir à l'amputation de la cuisse.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. LEGOUEST présente un exemple d'**hémorrhagie de l'artère vertébrale.**

Le malade s'est présenté dans le service de M. Legouest ayant un abcès dans la région cervicale, situé sur la partie latérale et supérieure du cou, en arrière du muscle sterno-mastoïdien, et remontant vers les insertions mastoïdiennes de ce muscle. M. Legouest ouvrit cet abcès, et il sortit une grande quantité de pus. Il avait parfaitement établi que l'abcès était symptomatique d'une affection de la

colonne vertébrale. M. Legouest, indisposé, quitta le service, et fut remplacé par M. Perrin, membre de la Société. Le lendemain, M. Perrin reconnut qu'une hémorrhagie avait lieu dans le foyer; elle fut arrêtée promptement à l'aide du tamponnement et de l'application de quelques boulettes imbibées de perchlorure de fer. M. Perrin fut remplacé par un autre chirurgien. Le lendemain, pendant la visite, une hémorrhagie foudroyante a lieu; le chirurgien arrive en toute hâte, fait une incision pour agrandir la plaie et tâcher d'arrêter cette hémorrhagie; mais déjà le malade était tombé en syncope, et il mourut immédiatement. Voici la description de la pièce présentée par M. Legouest:

On voit sur la colonne cervicale une altération qui atteint la partie latérale droite, au niveau des apophyses transverses des vertèbres cervicales. Ces apophyses et les portions intermédiaires sont érodées, cariées, dépouillées des parties molles; l'altération porte spécialement sur les 4e, 5e, 6e et 7e vertèbres. Les apophyses transverses des 4e et 6e vertèbres sont même détachées, et l'artère vertébrale est ouverte au niveau de la 4e. M. Legouest a pu s'en assurer d'une manière précise en poussant une injection d'eau soit par le bout supérieur, soit par le bout inférieur de cette artère. Il pense que la blessure de cette artère a été surtout déterminée par le frottement des fragments osseux qui l'entourent.

Il fait remarquer encore une lésion que l'on rencontre plus haut sur cette même pièce. L'arc postérieur de l'atlas est détaché, de façon que la première vertèbre semble formée par un demi-anneau. Mais on retrouve cet arc postérieur adhérent à l'axis. Chose curieuse, la poche de l'abcès ne se prolongeait pas jusqu'à cette région, et cette lésion était indépendante de celle qui avait donné lieu à la production de l'abcès.

M. CHASSAIGNAC. Les hémorrhagies dépendant d'une lésion de l'artère vertébrale sont rares, mais pourtant il en existe quelques observations dans la science; ainsi je rappellerai deux cas d'Hippolito Nunciante, un cas cité par Fraeys. Pour arriver à établir le diagnostic de ces hémorrhagies, il faut comprimer fortement dans la région cervicale, au niveau du tubercule de la sixième vertèbre cervicale. Si l'hémorrhagie vient de la vertébrale, le sang s'arrête. Mais si la compression est portée plus haut, comme alors on ne comprime que la carotide, le sang, dans le cas d'une lésion de l'artère vertébrale, continue de couler.

Ces faits peuvent, dans des cas analogues à celui rapporté par M. Legouest, être complétement vérifiés. Les expériences de Fraeys, de Gand, ne peuvent laisser aucun doute à cet égard.

Si sur un cadavre on enlève la boîte crânienne et le cerveau, on a sous les yeux la base du crâne. Qu'une injection soit alors poussée par l'aorte, le liquide s'échappe immédiatement par les artères carotides et vertébrales : la compression au niveau de la sixième vertèbre cervicale arrête l'écoulement par les vertébrales; au contraire, il continue à se produire par ces artères, et ne cesse que pour les carotides quand la compression est portée plus haut.

Quant à l'érosion de l'artère, elle s'explique, comme le dit M. Legouest, par l'usure de l'artère déterminée par les particules osseuses qui l'entourent. Ce fait, sous ce rapport, peut être rapproché d'un fait que j'ai montré (*Carie temporale, perforation de l'artère carotide interne*), et d'un autre présenté par M. Huguier dans lequel c'était la jugulaire qui avait été ulcérée.

M. CLOQUET a d'abord pensé à une altération syphilitique avec production d'exostoses; mais en examinant la pièce avec plus de soin, il est porté à croire qu'il s'agit d'une carie vertébrale. Il insiste sur l'érosion de l'artère vertébrale, et pense qu'elle a été produite par l'usure de ce vaisseau déterminée par les esquilles qui l'entourent. Il a déjà vu, sur d'autres artères, des faits analogues.

M. LEGOUEST se félicite de ce que l'explication qu'il avait admise soit appuyée par M. Cloquet et M. Chassaignac. Il ajoute qu'il connaissait les expériences de Fraeys, qu'il les avait même répétées, mais que dans ce cas particulier toutes ces données étaient inutiles et insignifiantes pour le diagnostic. L'apophyse transverse de la quatrième vertèbre était détruite, l'artère vertébrale n'était plus cachée dans son canal osseux, et la compression exercée à ce niveau eût arrêté sans nul doute l'hémorrhagie. Qu'aurait-on fait alors? S'appuyant sur les expériences de M. Fraeys et sur le raisonnement, on aurait pu lier la carotide, et l'hémorrhagie eût continué.

M. PERRIN a vu la première hémorrhagie; elle n'a pas été abondante, et a pu être facilement arrêtée.

— Les conclusions d'un rapport de M. Verneuil, lu dans la séance du 2 janvier, sont mises aux voix et adoptées :

1° Adresser des remercîments à M. le docteur Patry, et l'engager vivement à nous adresser les cas de sa pratique chirurgicale;

2° Insérer l'observation de notre confrère dans les *Bulletins*.

La Société décide, en outre, que le rapport de M. Verneuil sera imprimé dans nos *Bulletins*. (*Voir le procès-verbal du 2 janvier*.)

Le secrétaire, BAUCHET.

Séance du 6 février 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

1° *De l'ostéomyélite et des amputations secondaires à la suite des coups de feu*, par M. Jules Roux ; Paris, 1860, in-4°.

2° *Variété rare de luxation du coude*, par M. Delore (de Lyon).

3° *Anévrysme de la carotide primitive, ligature, etc.*, par le même.

4° *De la résection de la portion médiane du maxillaire inférieur sans incision de la peau*, par le même.



5° *Description d'un monstre célosomien aspalasome*, par le même.

6° *Notice sur l'invention du laryngoscope*, par Paulin Richard ; introduction aux observations physiologiques sur la voix humaine, par Manuel Garcia ; Paris, 1861, in-8°. (Offert par M. Larrey).

— M. Depaul dépose sur le bureau, de la part de l'auteur, M. le professeur W. Boeck, membre correspondant de la Société à Christiania, un travail publié en français et intitulé : *De la syphilisation, état actuel et statistique;* Christiania, 1861, in-8°.

— M. le docteur Lizé (du Mans), candidat au titre de membre correspondant, fait parvenir à la Société, par l'intermédiaire de M. Depaul, un mémoire intitulé : *Deux cas de périnéoraphie suivis de guérison.* (Commissaires, MM. Béraud, Danyau, Depaul.)

— M. le docteur Isnard, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Metz, fait parvenir à la Société, par l'intermédiaire de M. Larrey, une observation intitulée : *Ablation d'une tumeur située dans la région latérale gauche du cou.* La pièce est jointe à l'observation. (Commissaires, MM. Larrey, Broca et Follin.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. GUERSANT présente un malade auquel il a pratiqué, il y a quatorze ans, une **amputation dite de Lisfranc** (tarso-métatarsienne).

Ce jeune homme était alors un enfant ; il avait reçu sur le pied une solive qui lui avait écrasé cet organe. Les tendons de la face dorsale étaient dénudés, les os dépouillés des parties molles et mis à

nu jusqu'au niveau des articulations tarso-métatarsiennes. Mais si la peau et les parties molles de la face dorsale du pied étaient tellement broyées que l'on ne pouvait plus espérer de les conserver même en partie, il n'en était pas de même de la face plantaire, où les tissus étaient sains.

M. Guersant se décida à pratiquer une amputation partielle du pied, et il fit la désarticulation dite de Lisfranc. Le malade guérit, quitta l'hôpital, et M. Guersant le présente aujourd'hui comme offrant un des plus beaux résultats que l'on puisse espérer. Ce jeune homme peut faire par jour quinze lieues à pied ; il marche, danse, se livre à tous les exercices du corps sans fatigue et sans gêne. Quant au moignon, il est très-régulier, très-beau ; et il n'y a aucune rétraction.

M. RICHARD. Les amputations de Lisfranc ont été rarement pratiquées ; aussi le malade présenté par M. Guersant est-il fort intéressant. Les cas dans lesquels cette opération est indiquée sont fort rares ; cette opération est difficile pour les personnes qui sont peu habituées aux manœuvres des amphithéâtres, et, dans presque toutes les circonstances, il doit être possible et même préférable de scier les métatarsiens dans leur continuité. C'est un point de pratique chirurgicale qui mérite de fixer l'attention.

M. LEGOUEST. Je demanderai à M. Guersant s'il se rappelle comment son jeune malade marchait dans les premiers moments où il a pu se lever, avant de quitter l'hôpital. J'ai pratiqué plusieurs fois cette amputation tarso-métatarsienne, à la suite de congélation, et j'ai toujours vu que, dans les premiers temps, le pied était fortement relevé en dedans, vers son bord interne, de façon que l'amputé marchait sur le bord externe. Peu à peu la plante du pied s'abaisse et la marche se régularise ; l'opéré s'appuie alors en plein sur son moignon.—Quant à l'opinion émise par M. Richard, je la crois peu fondée. Dans la désarticulation de Lisfranc, on ne fait pas une section régulière du pied, on coupe une plus grande partie du bord externe que du bord interne ; or cette irrégularité m'a toujours paru favorable à la marche des opérés.

M. GUERSANT se rappelle très-bien que, dans les premières semaines où il a pu se lever et s'appuyer sur son moignon, le malade marchait sur le bord externe du pied ; le bord interne étant fortement relevé. Il ajoute qu'il a eu trois fois l'occasion de pratiquer l'amputation tarso-métatarsienne : dans ce cas, c'était à la suite d'un écrasement du pied, une autre fois à la suite de gangrène, la troisième fois à la suite d'une maladie des métatarsiens.

M. BROCA. M. Richard semblait tout à l'heure se demander dans quel cas l'on pourrait, l'on devrait même donner la préférence à une amputation de Lisfranc sur la résection des métatarsiens ; mais, sans insister ici sur les cas dans lesquels une violence extérieure, un broiement, a en quelque sorte tracé au chirurgien la ligne qu'il doit suivre dans une amputation, je rappellerai seulement certaines maladies des métatarsiens, dans lesquelles il n'est pas permis de ménager même une portion de l'os malade. Dans ces circonstances, la désarticulation partielle du pied, tarso-métatarsienne, peut être indiquée, et elle a été pratiquée un certain nombre de fois.

M. RICHARD. Si le précepte de conserver le plus possible d'un membre doit être appliqué dans une région, dans un organe, c'est surtout pour le pied qu'il doit être suivi. Aussi, tant qu'il est possible de couper dans la continuité des métatarsiens, je pense qu'il vaut mieux agir ainsi que de porter le couteau dans ces articulations si difficiles à bien ouvrir, et qui constituent la ligne articulaire tarso-métatarsienne. Si le précepte indiqué par M. Legouest est reconnu vrai, rien n'empêche de scier les métatarsiens obliquement, au lieu de les couper perpendiculairement à l'axe du pied, de donner, par conséquent, plus de longueur au bord interne du pied qu'à son bord externe.

On s'est exagéré sans doute autrefois le danger d'ouvrir les articulations du pied ; l'on est bien revenu de ces craintes, que l'on pourrait maintenant presque appeler chimériques ; mais si cette considération a perdu de sa valeur, la première que je viens d'indiquer (conserver le plus possible dans la longueur du pied) reste tout entière. Enfin, l'on pourrait sans doute réunir un certain nombre d'opérations de Lisfranc, mais il est permis d'ajouter qu'elles ont été rarement pratiquées.

M. VERNEUIL n'a pas rassemblé toutes les opérations de Lisfranc rapportées dans nos recueils de chirurgie, mais on en trouverait encore une certaine quantité dans les journaux tant français qu'étrangers. La désarticulation tarso-métatarsienne est difficile sans doute ; mais cette difficulté n'existe que pour des chirurgiens qui ne se seraient pas exercés dans les amphithéâtres. D'un autre côté, scier les métatarsiens est une opération aussi longue et au moins aussi difficile et aussi laborieuse que la première. Enfin, l'opération de Lisfranc exige un lambeau plus petit que l'amputation dans la continuité du métatarse. C'est une considération qui a bien aussi sa valeur quand il s'agit de discuter les indications et les contre-indications de telle ou telle résection partielle du pied.

M. HUGUIER insiste de nouveau sur les indications de l'amputation

de Lisfranc, et notamment sur les maladies chroniques des métatarsiens, scrofuleuses, tuberculeuses, etc.

Ce sont bien là des cas, ajoute M. Huguier, où l'on devra avoir recours à la désarticulation tarso-métatarsienne. M. Richard a déjà répondu lui-même en partie aux objections qu'on pourrait adresser à cette opération, quand il a dit quo cette désarticulation offrait moins de danger qu'on n'aurait pu le craindre tout d'abord. Le manuel opératoire ne doit pas arrêter non plus le chirurgien. Quand cette opération est pratiquée à la suite d'un traumatisme violent, elle offre les mêmes points de repère que sur le cadavre. Si au contraire le pied est tuméfié, induré, que les saillies soient plus difficilement appréciables, j'ai l'habitude de faire d'abord une section perpendiculaire à l'axe du pied ; puis, si je ne tombo pas de suite sur les jointures, je dissèque profondément les parties molles, en remontant, et je ne tarde pas à tomber dans les articulations et à pouvoir terminer aisément l'opération. Les tissus indurés, fongueux, s'affaissent bientôt, et rentrent dans leur état normal. Aussi n'hésité-je pas à tailler un lambeau, même quand il doit être recouvert en partie de fongosités. Si celles-ci toutefois sont trop exubérantes, je les résèque avec des ciseaux courbes. Cette opération de Lisfranc est une bonne opération.

Je crois, du reste, avoir déjà démontré dans la Société que l'on avait trop critiqué, *à priori,* les amputations partielles du pied, notamment celle de Chopart. Or l'amputation de Lisfranc, quand elle est possible, me semble préférable à la désarticulation médio-tarsienne.

— M. MOREL-LAVALLÉE présente un malade qui était entré dans son service avec une **luxation du coude** datant de trois mois, et qu'il a réduite. La lésion avait été prise pour une fracture, le bras était resté dans une extension permanente. La première fois que M. Morel fit des tentatives pour tâcher d'opérer la réduction de cette luxation, il n'obtint rien : cela tenait sans doute à ce que les aides ne pouvaient pas opérer des tractions régulières, continues et soutenues. Dans une seconde séance, M. Morel fit placer une échelle en travers dans l'amphithéâtre, et grâce à ce moyen les aides purent prendre sur les échelons un appui fixe ; ce qui permit d'augmenter leur force de traction et de la régulariser. L'olécrâne est descendue, le bras put être fléchi, la luxation fut réduite.

L'on sent bien encore la cupule du radius, mais elle ne se réduit jamais complétement, pourvu que la luxation date au moins de deux mois.

M. Morel cite, en terminant, une particularité qu'il a observée

pendant la chloroformisation. Son attention fut détournée un instant du malade, et l'éponge au chloroforme continua d'être appliquée au-devant des narines. Tout à coup il s'aperçut que le malade ne respirait plus, et que sa figure était tout à fait cadavérique. Il projeta immédiatement de l'eau froide sur la figure, le tronc; imprima des mouvements au thorax, et le blessé ne revint à lui qu'au moment où il fit exécuter un mouvement brusque au bras malade.

M. RICHARD ne pense pas que la luxation soit réduite; il retrouve tous les signes de la luxation du coude : saillie de la cupule du radius, saillie et écartement de l'olécrâne, saillie du tendon du triceps, saillie en avant de l'extrémité inférieure de l'humérus, etc. Il est surtout un signe qui, pour M. Richard, est pathognomonique. Il existe dans cette jointure des mouvements de latéralité que l'on ne peut jamais produire quand les os sont bien en place.

M. MOREL répond à M. Richard que M. Nélaton dit positivement que dans la réduction des luxations anciennes du coude, la cupule du radius reste en arrière. L'olécrâne est abaissée et a repris sa position ; l'extrémité inférieure de l'humérus est tuméfiée, mais est à sa place normale ; le membre, qui était dans l'extension, peut être fléchi presque à angle droit. Enfin, les prétendus mouvements de latéralité n'ont rien qui doive étonner, attendu qu'il a rompu toutes les adhérences, tous les liens fibreux qui retenaient les os dans leur fausse position avant la réduction.

M. RICHARD ajoute que M. Morel a rendu sans aucun doute un grand service au malade, qu'il a converti une luxation complète en une luxation incomplète; mais que, pour les mouvements de latéralité, ils ne seront jamais possibles, quand les os ont leur place normale, cette immobilité tenant non aux ligaments, mais à l'engrènement des os.

MM. HUGUIER, GOSSELIN et LEGOUEST disent que la luxation n'est pas réduite : telle est l'opinion, dit M. Huguier, de tous nos collègues qui viennent d'examiner le malade; ni le cubitus ni le radius n'ont repris leur position normale. M. Gosselin ajoute que l'on peut se laisser aller à certaines illusions, et croire parfois avoir obtenu la réduction d'une luxation quand la luxation persiste. Pour M. Legouest, non-seulement la luxation persiste, mais, en considérant l'ancienneté de la luxation, il eût été fort surpris si la luxation eût été réduite.

M. LARREY regrette l'absence de M. Michon. M. Michon avait appelé MM. Larrey, Robert, Maisonneuve et Monod pour un cas de luxation ancienne du coude; toutes les tentatives de réduction restèrent infructueuses. M. Larrey se borne à mentionner ce fait, qui appartient à M. Michon.

M. HUGUIER trouve cette opinion émise par MM. Larrey et Legouest trop absolue ; l'on pourrait croire qu'une luxation datant de trois mois est irréductible fatalement. Mais M. Huguier a présenté à la Société un malade atteint d'une luxation du coude datant de trois mois, et il a pu réduire cette luxation.

M. RICHET. M. Morel nous a dit que pendant la chloroformisation le malade avait couru les plus grands dangers, et qu'il n'était sorti de cet état alarmant qu'au moment où l'on avait imprimé un mouvement au membre blessé. Mais la vie du malade a-t-elle été si menacée ? Si celui-ci avait été profondément endormi, complétement insensible, ce n'est pas un mouvement douloureux qui aurait pu le réveiller et le faire sortir de cet état de stupeur qui a tant effrayé M. Morel.

M. Richet ajoute qu'il a mesuré la distance entre l'épitrochléo et l'olécrâne, et qu'il a trouvé une différence de 2 centimètres entre le membre malade et le membre sain. La différence entre la distance de l'épicondyle et l'olécrâne de l'un et l'autre côté est encore plus grande.

M. MARJOLIN. Les fractures partielles de l'extrémité inférieure de l'humérus peuvent être souvent prises pour des luxations. J'ai vu un grand nombre de semblables méprises. Il arrive même parfois que si tout d'abord on n'avait pas senti nettement et distinctement la crépitation, on pourrait douter quelques jours plus tard qu'il a existé une fracture, tant les signes disparaissent vite parfois, surtout chez les enfants. Aussi, dans les luxations anciennes, je me méfie toujours de ces causes d'erreur.

M. MOREL. Nous restons deux convaincus que la luxation est réduite : le malade, qui ne pouvait plus se servir de son membre et qui va pouvoir reprendre ses occupations, et moi, qui ai constaté la différence énorme qui existe entre les signes avant la réduction et ceux que nous trouvons aujourd'hui. Je me propose du reste de représenter le malade dans une autre séance, et de donner des détails plus précis sur la mensuration.

M. HOUEL possède dans le Musée Dupuytren une pièce de luxation incomplète du coude, qui a été donnée par M. Gélis (de Nantes), et il est convaincu que les altérations sont les mêmes chez le malade présenté par M. Morel.

— M. MOREL présente un autre malade atteint d'**exostose du fémur**, curieuse surtout à cause d'un bruit de claquement particulier que l'on entend lorsque le malade fait quelques mouvements. Cette exostose, du volume d'un œuf de pigeon, est située sur la face antérieure du fémur, à peu près à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de cet os.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEPAUL présente un exemple de **dépression de l'un des os du crâne** observé chez un nouveau-né. Ces lésions ont déjà été étudiées, notamment par M. Danyau, dans un mémoire publié dans le journal de M. Malgaigne. Voici les détails communiqués par M. Depaul :

La dépression existe sur le coronal gauche. L'enfant me fut présenté le 1er janvier, à l'hospice des Enfants assistés. En constatant cette dépression, je n'hésitai pas à affirmer qu'elle avait été produite au moment de l'accouchement, que la mère devait offrir un rétrécissement du bassin, et que la tête s'était trouvée en première position, occipito-cotyloïdienne gauche. Le premier et le second jour, il n'y avait pas d'ecchymose à la paupière correspondante. Le troisième jour, l'ecchymose parut; elle augmenta le quatrième, et je diagnostiquai non-seulement une dépression, mais une fracture du coronal.

L'enfant, mal alimenté, dépérit, maigrit, fut pris de diarrhée, et succomba à cet état d'épuisement que j'appelle entérite des nouveau-nés.

A l'autopsie, nous avons suivi l'ecchymose de la paupière, et plus haut, sous l'arcade orbitaire, au niveau de la partie interne, nous avons trouvé un petit épanchement bien circonscrit, et en ce point une fêlure du frontal, commençant au niveau de l'arcade sourcilière, et se prolongeant un peu en arrière sur la voûte orbitaire.

La calotte crânienne enlevée avec précaution, on aperçoit sur l'hémisphère antérieur du cerveau une dépression correspondant à la lésion du frontal, dont nous allons parler; mais la pulpe cérébrale n'a subi aucune altération.

Quant à la dépression du coronal, elle siége au niveau de sa partie centrale; elle a un peu plus de surface qu'une pièce de 5 francs; l'enfoncement est nettement constitué, et atteint à son centre à peu près 8 ou 10 millimèt. Outre la fracture qui a déjà été mentionnée, on rencontre une fêlure parallèle à l'arcade orbitaire, et siégeant un peu au-dessus du sourcil, à 1 ou 2 millimètres au-dessous de la circonférence de la dépression. La table externe n'en présente aucune dans le reste de son étendue. La table interne, qui fait du côté de la cavité crânienne un relief en rapport avec la dépression extérieure, présente quelques petites fêlures dirigées en étoiles.

J'ai voulu savoir quel était cet enfant, et d'où il venait. J'ai appris qu'il était né à la Clinique le 28 décembre; je l'ai vu le 1er janvier. J'ai pu avoir de M. Blot tous les renseignements sur la mère, et sur la manière dont l'accouchement avait eu lieu.

La femme, âgée d'une trentaine d'années, a déjà eu deux enfants

avant ce dernier : à chaque grossesse, l'accouchement a été laborieux, a duré plusieurs jours, et les enfants n'ont pas vécu. Mais elle affirmait de la manière la plus positive que les autres enfants ne présentaient à leur naissance aucune dépression sur la tête.

Elle entra à la Clinique le 28 décembre ; elle était en travail, et l'on put constater que le col était dilaté, et que la poche des caux était intacte ; mais le doigt, porté aussi loin qu'il pouvait atteindre, ne rencontrait rien ; les parois abdominales étaient flasques, et l'on pouvait très-facilement reconnaître la position de l'enfant. Le siége était à droite, la tête dans la fosse iliaque gauche, et les battements du cœur étaient forts et bien perceptibles au niveau de l'ombilic.

M. Blot voulut tenter la version abdominale. Il ramena sans peine la tête au niveau du détroit supérieur du bassin ; mais aussitôt qu'il l'abandonnait, l'enfant se plaçait de nouveau dans sa première position.

M. Blot fit alors maintenir la tête au niveau du détroit supérieur, et pendant que le chef de clinique la fixait dans cette position, il rompit les membranes. Le liquide s'écoula, mais la tête ne descendit pas encore, et, comme il arrive presque infailliblement en pareil cas, une anse de cordon vint s'engager entre la tête et le détroit supérieur. M. Blot voulut la réduire ; mais, comme il arrive encore, pendant qu'il repoussait une anse d'un côté, une autre faisait procidence d'un autre côté. M. Blot résolut alors de terminer promptement l'accouchement, et appliqua le forceps.

On avait constaté un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur, qui n'avait guère que 9 centimètres au lieu de 11. Le forceps fut facilement et très-régulièrement appliqué ; la tête était en première position (occipito-iliaque gauche antérieure), le forceps embrassait les côtés de la tête. Il fallut employer une grande force dans les tractions ; tout à coup il y eut une secousse brusque, et l'on entendit un petit craquement. Dès lors, le reste de l'accouchement fut très-simple. L'enfant vint au monde recouvert de méconium, ce qui indiquait qu'il avait souffert et que le cordon avait été serré ; mais il respira aussitôt, et en peu d'instants il fut tout à fait remis et très-vivace. Quand je la vis le 1er janvier, cette petite fille était pleine de vigueur ; mais elle succomba, comme succombent beaucoup des enfants assistés, à une alimentation d'abord insuffisante, et ensuite à cette entérite particulière que l'on rencontre dans ces circonstances.

Quant à la mère, dès le 28 décembre au soir, elle fut prise d'un frisson violent, et en trois jours elle fut emportée par une de ces fièvres puerpérales presque foudroyantes, comme on en voit surtout dans certaines épidémies.

A l'autopsie, on put constater le rétrécissement du bassin : il était déterminé par la saillie en avant de l'angle sacro-vertébral, et présentait 9 centimètres. Derrière la symphyse pubienne, le rétrécissement était encore plus prononcé, et l'on ne trouvait plus que 8 centimètres. Il existait en effet, derrière la symphyse, une saillie, une exostose qui proéminait en arrière et diminuait d'autant le diamètre sacro-pubien.

Cette observation montre un des mécanismes par lesquels les obstacles à la sortie de la tête de l'enfant peuvent être vaincus. La tête, en passant, a été violemment comprimée contre l'angle sacro-vertébral, et il en est résulté la dépression que je vous ai montrée.

Ces dépressions ne sont pas dangereuses, et chez cette enfant cette lésion n'a été pour rien dans sa mort ; s'il n'était point survenu d'autres accidents, elle eût survécu, et cette dépression eût même fini par disparaître. J'ai déjà vu beaucoup de faits semblables, et il n'en est point résulté de troubles chez les nouveau-nés. L'observation la plus curieuse est celle que j'ai recueillie avec notre confrère M. Ménière, chez une dame atteinte d'un rétrécissement du bassin. Cette femme a eu cinq enfants ; tous les cinq sont nés spontanément, sans application de forceps, avec une dépression d'un des os du crâne ; tous les cinq sont vivants, et n'ont jamais éprouvé le moindre accident. Cette dépression, au bout d'un certain temps, a fini par disparaître.

— M. MOREL-LAVALLÉE présente une **tumeur qu'il a enlevée sur le bras d'une femme** à l'hôpital Necker. Cette tumeur est ovoïde, grosse comme un œuf de dinde, d'une dureté fibreuse. La peau qui la recouvrait était saine. Une coupe transversale fait voir un tissu assez curieux *qui ressemble à de la sciure de bois, ou des particules osseuses qui auraient été pétries avec du suif.* Les micrographes qui ont vu cette tumeur ne sont pas encore d'accord ; elle me paraît devoir être rapprochée des tumeurs produites par une altération des glandes sudoripares.

M. BAUCHET a vu une tumeur semblable enlevée aussi sur le bras, par M. Jarjavay, à l'hôpital des Cliniques ; seulement les particules qui ressemblent à de la sciure de bois étaient plus compactes. C'est un mélange de matière sébacée et de débris épidermiques. Le début, la forme, la marche de ces tumeurs leur donnent tous les caractères des *tannes.*

— M. BÉRAUD présente, au nom de M. Danyau et au sien, un exemple de **goître congénital observé chez un fœtus de cinq mois et demi.**

La nommée G..., âgée de vingt-huit ans, non mariée, est entrée le

5 février 1861 à la Maternité. Elle habite Puteaux (Seine) depuis un an, et elle est originaire de Saint-Isidore (Côtes-du-Nord). D'une forte constitution, bien conformée, cette femme a toujours joui d'une bonne santé, et elle exerce la pénible profession de journalière. Elle a été réglée à treize ans, et ses règles ne revenaient pas d'une manière bien exacte ; quand elle les avait ; c'était abondamment pendant l'espace de six jours. Elle a eu trois accouchements.

La première fois elle a accouché avant terme, et les deux autres fois à terme. Elle n'a pas gardé ses enfants vivants, de sorte qu'elle ne peut dire quel est leur état de santé.

Elle ignore la dernière apparition de ses règles, et sa grossesse actuelle paraît remonter à cinq mois et demi. Aucun accident ne s'est manifesté chez elle depuis qu'elle est enceinte.

Les premières douleurs ont paru, sans cause connue, le 5 février 1861, à deux heures du soir, c'est-à-dire deux heures avant son entrée à la Maternité. Ces douleurs devenant plus intenses, et le travail de l'avortement étant manifestement établi, on conduit cette femme à la salle d'accouchement à onze heures du soir.

A ce moment, le fond de l'utérus est incliné à droite, le col à gauche ; l'orifice utérin est souple et épais ; des douleurs se font sentir de temps à autre, à des intervalles assez éloignés.

Les membranes se sont rompues spontanément le 6 février 1861, à deux heures du matin, et à ce moment la dilatation de l'orifice utérin était presque complète. La partie qui se présente est le sommet, en position occipito-iliaque droite postérieure. A trois heures du matin, la dilatation a été complète. L'accouchement s'est terminé naturellement quelques minutes après. La durée totale du travail a été de treize heures. La délivrance fut naturelle.

Etat de l'enfant au moment de la naissance. — L'enfant est vivant, faible, du sexe masculin, du poids de 1 kilogramme, d'une longueur totale de 36 centimètres, et répartie de la manière suivante : du sommet à l'ombilic, 19 centimètres ; de l'ombilic au talon, 17 centimètres.

Voici la mesure des principaux diamètres :

Diamètre occipito-frontal.	9 centimètres.
— occipito-mentonnier.	9 centimètres 1/2.
— bi-pariétal.	7 centimètres 1/2.
— sous-occipito-bregmatique. . .	8 centimètres.

Le placenta est en raquette, et du reste parfaitement sain ; son poids est de 350 grammes, sa circonférence de 45 centimètres.

Le cordon, d'un volume en rapport avec l'âge du fœtus, sans nœud, avait 42 centimètres.

Les membranes sont rompues dans un point voisin de la circonférence du placenta.

Le liquide amniotique était blanchâtre.

Tel était l'état des annexes du fœtus ; voyons maintenant celui du fœtus lui-même.

Au moment de la naissance, il a exécuté quelques mouvements ; pas de cris ; le cœur battait ; pas de respiration. Il a vécu ainsi pendant environ une demi-heure, et il s'est éteint insensiblement.

Quand on m'a présenté cet enfant, le matin à ma visite, le 6 février 1861, j'ai constaté qu'il portait au cou une tumeur qui a de suite fixé mon attention, et que nous allons décrire actuellement d'une manière spéciale.

Cette tumeur occupe la partie antérieure et médiane du cou, un peu au-dessus du plan moyen de cette région, c'est-à-dire plus rapprochée du maxillaire inférieur que du sternum, et s'étend sur les parties latérales du cou.

Ses limites sont en haut et sur la ligne médiane, le corps de l'os hyoïde et le bord inférieur de la mâchoire inférieure, en dehors de la région parotidienne ; sur les parties latérales, elle s'étend jusque vers le bord externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien de chaque côté. En bas, elle est limitée par une ligne fictive transversale et horizontale, passant à 1 centimètre au-dessus de la fourchette du sternum.

Son volume est considérable, il peut être comparé à celui d'un œuf de poule ordinaire. Si on mesure ses dimensions dans le sens transversal, on trouve 7 à 8 centimètres, et dans le sens vertical 4 à 5 centimètres.

Sa forme est celle d'un ovoïde qui serait placé transversalement au-devant du cou, mais en décrivant deux courbes, l'une postérieure embrassant les voies aériennes et digestives, l'autre supérieure, de sorte que vue par en haut cette tumeur a la forme d'un croissant dont le centre correspond au larynx, et les extrémités ou cornes se prolongent de chaque côté au-dessous de la région parotidienne. Telle est la forme générale de cette tumeur, mais si on l'examine en détail, on voit bientôt qu'elle offre trois lobes : un médian et deux latéraux. Le mode médian proémine sur la partie moyenne de la tumeur, il est le plus petit et il a le relief d'une noisette un peu grosse. Des deux lobes latéraux, le droit offre le volume le plus grand, et le gauche comme le droit sont arrondis, globuleux.

Cette tumeur en masse, pour être déplacée, entraîne le larynx avec elle, et cette mobilité existe dans tous les sens, en haut, sur les côtés.

Les divers lobes qui constituent la masse totale ne sont point mobiles les uns sur les autres, de sorte que l'on reconnaît que cette tuméfaction du cou n'est pas le résultat d'une agglomération de tumeurs plus petites, mais bien celui d'une tumeur bosselée à sa surface cutanée.

La couleur générale de cette tumeur est celle de la peau ; mais dans quelques points, là où les lobes sont plus particulièrement saillants, elle a une coloration bleuâtre qui au premier abord fait croire que la tumeur est transparente, et cependant l'examen au moyen d'une lumière ne fait point constater ce dernier caractère ; on voit au contraire qu'elle est complétement opaque.

Sa consistance est molle, mais cependant d'une certaine résistance ; elle est élastique et n'offre ni fluctuation, ni crépitation.

Tels étaient les caractères cliniques offerts par cette tumeur. Pouvait-on, avec leur constatation, arriver au diagnostic du siége et de la nature de la tumeur ?

Au premier abord, on pouvait supposer qu'il s'agissait là de ces kystes congénitaux du cou dont nous ne possédons encore que quatre observations en France, dont les trois premières ont été publiées par M. Lorain et la dernière vous a été communiquée par M. Giraldès. Mais ces kystes congénitaux du cou sont plus volumineux, et leur siége n'est pas sur la ligne médiane. On les a rencontrés, au contraire, dans les parties latérales du cou, et leur volume, leur défaut de symétrie, leur siége, leur transparence, leur donnent des caractères qui ne permettent pas de supposer que la tumeur de notre fœtus était de même nature.

Une seconde supposition pouvait nous venir à l'esprit : on a rencontré quelquefois des inclusions fœtales dans la région cervicale, mais quand il s'agit de ces sortes de tumeurs, il y a, par places, une consistance inégale, et quelquefois une véritable crépitation osseuse.

Si nous n'avions pas affaire à ces tumeurs, nous devions croire qu'il s'agissait d'une tumeur du corps thyroïde. Et, en effet, son siége, sa forme, qui semblait l'exagération de la forme de la thyroïde, sa mobilité, tout portait à admettre l'existence d'une tumeur dans cette glande.

D'un autre côté, l'absence de fluctuation, de transparence, faisait rejeter l'idée qu'il s'agissait d'un kyste ou d'un abcès ; il fallait donc admettre une hypertrophie du corps thyroïde, ou, en d'autres termes, un *goître congénital*.

A cet égard, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer combien ce fait est important. Jusqu'ici nous n'avons pas connaissance de l'existence du goître congénital. Les auteurs qui ont traité ce sujet gardent le silence le plus complet sur la possibilité d'un tel

fait. Il était intéressant de rechercher les causes de cette altération du corps thyroïde. Or nos investigations ne nous ont rien appris. Ainsi la mère n'est pas elle-même atteinte de goître. Bien plus, par le fait de la grossesse, on le sait, très-souvent les femmes offrent une hypertrophie du corps thyroïde.

Or chez celle-ci il n'y avait pas de gonflement de cette glande. Pouvait-on admettre que la localité ait eu quelque influence ? Pas le moins du monde. Ainsi cette femme habite Puteaux depuis un an environ, et dans cette localité on ne rencontre pas de goîtreux. Du reste, la femme n'a rien éprouvé pendant sa grossesse ; elle accuse seulement qu'il y a trois jours elle a eu une frayeur vive. Mais c'est là une pure coïncidence, et qui ne saurait expliquer la formation de la tumeur du corps thyroïde, car on ne peut raisonnablement admettre que celle-ci s'est produite dans l'espace de deux ou trois jours. Ainsi nous croyons à l'existence d'une hypertrophie du corps thyroïde congénital, ou autrement dit à un goître congénital et ayant acquis un volume considérable chez un fœtus à peine âgé de cinq mois et demi. Nous allons voir que l'autopsie démontre que le diagnostic était fondé.

Autopsie cadavérique. — La peau est mince, plissée, surtout sur les parties latérales ; elle semble participer à une sorte d'hypertrophie, et en la pinçant on la soulève comme si elle ne recouvrait pas une tumeur aussi grosse. Sa couleur est rosée ; mais dans les points amincis, elle est bleuâtre. En l'examinant attentivement avant de l'inciser, on voit qu'elle offre dans son épaisseur de nombreuses ecchymoses, siégeant en haut et à droite principalement. Elles sont petites, et elles ont le volume d'une tête d'épingle, jusqu'à celui d'un grain de semoule. Si on cherche à la détacher de chaque côté, elle se sépare facilement des tissus sous-jacents. Rien dans le peaucier, si ce n'est un peu d'infiltration sanguine à droite. Tous les muscles sous-hyoïdiens sont au-devant de la tumeur et lui forment une sorte de gaîne musculaire. Du reste, leurs fibres sont pâles et amincies. On peut les disséquer et les séparer assez facilement entre eux et de la surface de la tumeur qui est au-dessous d'eux, et sur laquelle ils laissent chacun une empreinte assez notable. Le sterno-cléido-mastoïdien se trouve sur le devant des lobes latéraux de la tumeur, qui passe au-dessous de lui, tout en le refoulant en dehors et le repoussant en avant.

Après avoir coupé transversalement et enlevé chacun de ces muscles, on isole la tumeur, et l'on reconnaît qu'elle est constituée par le corps thyroïde. Nous allons étudier ses caractères extérieurs, ses rapports et sa structure.

Sa conformation extérieure est celle que nous lui avons vue avant

la dissection, trois lobes, un médian et deux latéraux. La surface de ces lobes est couverte de larges veines, qui comme des sinus la parcourent en tous sens. Mais les veines principales viennent à la partie inférieure et médiane de la tumeur, pour se jeter dans le tronc brachio-céphalique veineux gauche, ou à sa jonction avec le droit, en passant au-devant de la trachée artère.

Ses dimensions sont, dans le sens transversal, 5 centimètres et demi; dans le sens vertical des lobes latéraux, 3 centimètres. Son poids, constaté avec une balance de précision, est de 16 grammes. L'on comprendra combien ce poids est relativement considérable si l'on réfléchit qu'il s'agit d'un fœtus de cinq mois et demi, et que sur un fœtus à terme la glande thyroïde ne pèse que 2 grammes, ainsi que nous avons pu nous-même le constater dans la même séance.

Les rapports de cette tumeur avec les organes voisins ont particulièrement fixé notre attention. Ainsi pas de compression de la trachée ni de l'œsophage. Les vaisseaux du cou sont manifestement comprimés par les lobes latéraux, et en même temps ils sont refoulés en dehors, de sorte que la circulation devait nécessairement être troublée. Le pneumo-gastrique était aussi un peu comprimé, particulièrement à droite, où l'on voit un léger aplatissement, avec un peu d'ecchymose dans le névrilème.

Le grand hypoglosse, le lingual et le rameau pharyngien du pneumo-gastrique sont refoulés en haut, plus à droite qu'à gauche. Le tendon du digastrique semble brider la tumeur de chaque côté. Le grand sympathique n'offre pas de trace de compression.

Le thymus est un peu congestionné; il pèse 2 grammes 3 décigr.; il offre deux granulations isolées du volume d'une lentille, qui sont accolées à la surface du thyroïde. Le muscle long du cou droit est un peu ecchymosé dans l'étendue d'un centimètre, vers sa partie moyenne correspondant au lobe latéral de la thyroïde.

La structure de cette glande altérée est celle du corps thyroïde. Ainsi, une coupe dans divers points nous montre un tissu mou, spongieux, noirâtre, vasculaire, offrant un peu plus de consistance que dans l'état normal. Dans quelques points, ce tissu est moins rouge; il est même un peu fibreux, charnu et plus consistant. Dans certaines régions, il existe des canaux ouverts et béants. La coupe générale est celle d'un tissu érectile. Il n'y a pas de produits plastiques ou du pus qui indiquent un travail inflammatoire antérieur. Déjà nous avons vu que des veines volumineuses existaient à sa surface, et pour donner une idée de leur capacité, citons la veine thyroïdienne inférieure, qui nous a offert, étant vide, un diamètre transversal de 6 millimètres. L'artère thyroïdienne supérieure est aussi très-volumineuse; elle a

près de 2 millimètres de diamètre, et elle est bien deux fois plus grosse que les artères carotides interne et externe prises séparément. Elle est véritablement la continuation de la carotide primitive. L'artère thyroïdiene inférieure n'est pas notablement augmentée de volume.

Les veines du thymus viennent se rendre en grande partie dans la veine thyroïdienne inférieure ; la capsule fibreuse de cette thyroïde est pour ainsi dire creusée de sinus comme la dure-mère. Les vésicules n'existent plus ; de sorte que ce n'est pas un goître cystique, mais bien plutôt un goître celluleux.

Le cerveau nous a paru offrir son développement régulier ; pas de vice de conformation dans sa structure. La substance cérébrale était peut-être un peu plus consistante qu'elle ne l'est ordinairement chez un fœtus de cinq mois et demi. La partie antérieure des lobes cérébraux est normalement développée ; le cervelet est peut-être un peu atrophié. Un peu de congestion dans les veines de la pie-mère.

Le cœur est régulièrement conformé ; le trou de Botal n'est pas fermé par la valvule, qui arrive à recouvrir seulement la moitié de l'aire de cet orifice. Rien dans les poumons. Aucune altération dans les viscères abdominaux et dans les membres. Les os présentent leur développement régulier.

Telles sont les altérations que nous avons trouvées chez ce fœtus, et on le voit, c'est uniquement à cette hypertrophie du corps thyroïde qu'il faut rapporter la mort du fœtus et la cause de l'avortement.

— M. LARREY présente une **tumeur du cou** envoyée par M. Isnard (de Metz). C'est un exemple de cancer. (La pièce et l'observation sont renvoyées à une commission désignée plus haut et composée de MM. Larrey, Broca et Follin).

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire, BAUCHET.

Séance du 13 février 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Voici le dépouillement de la correspondance.

M. Cazeaux écrit pour demander à échanger son titre de membre titulaire pour celui de membre honoraire.

— M. Verneuil dépose sur le bureau un exemplaire de son travail intitulé : *Note sur deux fistules vésico-vaginales guéries par le procédé américain.* Paris, 1861, in-8°.

— M. Larrey présente au nom de l'auteur, M. Onésime Lecomte, un mémoire intitulé : *Recherches nouvelles sur les fractures indirectes de l'extrémité inférieure du radius.* Paris, 1860, in-8°.

— M. Larrey fait don à la Société d'un exemplaire de l'ouvrage de feu Gama, intitulé : *Esquisse historique du service de santé militaire.* Paris, 1841, grand in-8°.

Il présente ensuite, de la part de M. le docteur Perrier, de la Charité-sur-Loire, une observation manuscrite intitulée : *Observation d'une tumeur encéphaloïde et squirrheuse.* (Commissaire, M. Perrin.)

— La Société a reçu en outre le *Bulletin de la Société impériale de médecine de Marseille*, et un mémoire de M. le docteur Appia, intitulé : *Du mal perforant du pied, etc.* Genève, 1861, in-8°.

PRÉSENTATION D'UNE MALADE.

M. RICHARD présente à la Société une malade nommée Castellan, et qui est à la Salpêtrière. Cette femme est âgée de soixante-dix-sept ans, et atteinte d'une **tumeur du sein fort curieuse.**

Au mois d'août 1851 cette femme fut opérée, dans le service de M. Velpeau, par M. Jarjavay. La tumeur enlevée au sein droit était volumineuse, et constituée par une multitude de petits kystes creusés au milieu d'une hypertrophie mammaire. La pièce a été représentée dans une des planches du *Traité des maladies du sein,* de notre maître M. Velpeau (1). Cette tumeur offrait un type remarquable de *sarcome kystique.*

Cette femme, depuis cette époque, a été opérée onze fois par M. Richard : la formation et la reproduction des kystes se faisaient avec une grande rapidité, et à chaque opération M. Richard enlevait toujours plusieurs groupes de petites tumeurs, formées par des kystes ou par de l'hypertrophie mammaire, tantôt 3 ou 4, tantôt 7, 8 et même 10 de ces productions.

Depuis deux ans, voyant tous ses efforts impuissants à triompher de cette repullulation, il n'opéra plus cette femme. Aujourd'hui on rencontre dans les environs des cicatrices, et dans toute la région mammaire, une grande quantité de petites tumeurs, les unes réunies, les autres isolées, de volume variable, et n'ayant aucune adhérence

(1) Voyez planche II, fig. 1 (1re et 2e édition), page 526 de la 1re édition, ou page 494 de la seconde.

avec les parties profondes. Les unes sont bleuâtres, les autres ont laissé à la peau sa coloration normale ; quelques-unes sont franchement fluctuantes, d'autres sont un peu plus dures, plus élastiques. Les ganglions sont sains, et la santé générale est parfaite.

Cette tumeur, par la production incessante des kystes, semblerait devoir sortir du cadre des tumeurs bénignes ; et d'un autre côté, il n'est pas possible d'appliquer le nom de malignes à ces productions, qui ont pullulé avec tant d'opiniâtreté sans attaquer les ganglions, sans retentir sur l'économie et sans altérer la santé.

COMMUNICATION.

M. FOLLIN montre à la Société un exemple curieux de **tumeur de l'œil, avec production de poils.**

Le développement de poils à la surface de certaines membranes muqueuses qui n'en possèdent point à l'état normal, n'est pas un fait rare, et il serait possible de réunir un grand nombre de cas dans lesquels on a constaté des poils sur la muqueuse de la langue, dans le pharynx et même plus bas sur la muqueuse de l'estomac. Il ne faut pas prendre pour des poils de la langue certaines formations épithéliales qui ont lieu à la surface des papilles et qui leur constituent une gaîne d'une longueur exagérée ; mais on voit sur la langue de véritables poils provenant d'un bulbe pileux.

M. le professeur Natalis Guillot m'a communiqué le fait remarquable d'un individu qui avait des poils dans le pharynx et les enlevait assez facilement ; enfin, les vétérinaires savent qu'on rencontre de temps en temps dans l'estomac du cheval de véritables productions pileuses insérées dans les parois de ce viscère.

Sur d'autres muqueuses que les muqueuses digestives, le développement des poils est beaucoup moins fréquent. Ainsi, l'on n'observe que fort rarement des productions pilifères sur la conjonctive ou la cornée ; et les exemples de ce genre cités par Mackensie, Wardrop, Wharton Jones et de Græfe, sont tout à fait exceptionnels. Le *trichosis bulbi*, dont M. Edwards (1) a rapporté récemment un exemple qui consistait en la formation sur la sclérotique et la cornée d'une masse dermoïde avec tous les caractères de la peau et des poils dont les uns étaient follets et les autres semblables à des cils.

Mais des faits plus rares encore que les précédents ont été observés et décrits ; ce sont des cas de productions dermoïdes et pilifères à

(1) *Edimburgh, veterinary Review*, oct. 1860.

l'intérieur de l'œil. C'est aussi d'un de ces faits que je veux entretenir la Société, en le rapprochant des faits analogues qui sont dans la science.

La littérature chirurgicale ne contient à ma connaissance que cinq cas qui puissent être cités à côté de celui que j'ai observé, et encore ce dernier n'a pas d'analogue quant au siége de la lésion. Cependant, dans aucun de ces cinq cas on n'a pu faire un examen cadavérique de la lésion ; tandis que dans le cas que j'ai observé, on a pu compléter par de fines dissections l'histoire de ces singulières productions dermoïdes ou pilifères.

Avant d'exposer le fait qui m'est propre, je vais donner un résumé de tous ceux qui sont antérieurs au mien, et qui ont été observés par MM. Pamard, Ruete, Florent Cunier, Von Græfe et Langenbeck.

Obs. Ire. — Un homme, âgé de vingt-huit ans, battait le briquet (janvier 1838), lorsqu'il sentit un corps étranger qui pénétrait dans l'œil. Il résulta de cet accident une légère ophthalmie qui dura deux jours, et qui s'accompagna d'un certain trouble de la vue.

On ne fit pas de traitement, mais l'inflammation disparut peu à peu, sans toutefois que la vision revînt à l'état normal.

Dès le lendemain de l'accident, en examinant son œil, le malade crut y voir un poil, et des médecins qu'il consulta reconnurent aussi l'existence d'un poil dans l'œil, sans pouvoir déterminer si ce poil était situé entre les lames de la cornée ou dans la chambre antérieure.

Le blessé vint alors consulter M. Pamard, d'Avignon (21 mars 1839). Il n'existait pas d'irritation dans l'œil ; les membranes et les humeurs étaient à l'état normal. On voyait distinctement à la partie inférieure de la chambre antérieure un corps sphérique, du volume et de la forme d'un pois, dont le segment supérieur atteignait la pupille et empiétait sur elle lorsqu'elle était dilatée. A ce corps était attaché un poil qui se dirigeait obliquement en haut et en dedans, et traversait la pupille. L'iris se contractait avec moins de facilité que dans l'autre œil. La vue était incertaine et les objets paraissaient au malade comme coupés par une ligne noire ; il n'y avait pas trace de cicatrice à la cornée.

Le 22 mars, M. Pamard fit une ponction à la cornée, et chercha à extraire ce corps; mais il adhérait assez fortement à l'iris. A l'aide des ciseaux courbes de Daviel, M. Pamard excisa les parties adhérentes le plus près possible du corps étranger, qui fut entraîné par les pinces.

Cette opération ne fut pas suivie d'accidents graves, et une petite hernie de l'iris fut combattue par un léger attouchement avec le nitrate d'argent.

Le 22 avril, le malade retournait dans son pays avec une vue parfaite.

L'examen anatomique de la production morbide a fait voir un corps de forme sphérique, du volume d'un pois, d'une couleur blanc nacré, de consistance molle, mais assez résistante ; l'apparence de ce tissu morbide était celle du tissu fibreux uni à du tissu cellulaire. Ce corps, par le point où il adhérait à l'iris, était recouvert d'une tache noire ; il était traversé par un poil qui y adhérait fortement, et faisait saillie en dehors de 5 ou 6 lignes ; ce poil, par ses dimensions, sa forme et sa couleur, avait l'aspect d'un cil du malade. (*Annales d'oculistique*, 1841, 4e année, t. V, p. 157.)

Obs. II. — M. Ruete a rapporté l'observation d'un homme de trente ans qui avait sur un de ses yeux les lésions suivantes : il existait une légère cicatrice sur la cornée ; la chambre antérieure était saine ; l'iris était normal, mais avec le bord pupillaire adhérent à la capsule, qui portait quatre taches pigmentaires. Le cristallin était opaque et fendillé ; la pupille semblait immobile.

On voyait derrière la pupille quatre poils, deux longs et deux courts, implantés au fond de la chambre postérieure sur la surface antérieure du cristallin. Un poil encore plus long que les autres perçait l'iris à gauche de la pupille, et marchait étendu sur l'iris dans la chambre antérieure.

La vue était perdue du côté où les poils se voyaient ; l'autre œil était resté sain.

M. Ruete a appris que les yeux avaient toujours été sains jusqu'en 1834, mais qu'à cette époque une parcelle de fer-blanc rougie au feu avait été projetée dans l'œil, qui devint dès lors le siége de très-vives douleurs, lesquelles ne cessèrent qu'avec la perte totale de la vue de ce côté.

M. Ruete a revu le malade une année après le premier examen auquel il s'était livré ; ce malade était à peu près dans le même état, mais les poils n'avaient que très-peu grandi. (*Monatschrift für Med. Chir. und Augenheilkunde*, vol. II, p. 81, janvier et février 1839.)

Obs. III. — M. Florent Cunier a rapporté l'observation d'une fille qui avait perdu la vue à la suite d'un coup reçu sur la région frontale. A gauche, le globe était déformé, la cornée avait disparu ; à droite, la cornée était restée saine, le globe avait conservé sa forme et son volume naturels ; la chambre antérieure était plus volumineuse, l'iris ballottant ; derrière la pupille, qui était tirée de haut en bas et de dedans en dehors, apparaissait un corps en tout semblable

à la capsule ouverte en son milieu et vide de son cristallin. De l'ouverture de ce corps partaient six poils, s'éloignant à leur sortie et se contournant sur eux-mêmes pour se réunir en cercle dans le centre pupillaire.

Cette fille avait commencé à souffrir de l'œil droit, où la violence exercée avait occasionné la chute du cristallin et sans doute une déchirure de la rétine. La vue avait été instantanément perdue de ce côté.

Ce n'est que six mois plus tard que l'autre œil était devenu malade d'une ophthalmie que l'auteur qualifie d'arthritique, mais qui était sans doute une de ces ophthalmies sympathiques qui se terminent par la perte de la vue. (*Annales d'oculistique,* 1841, 4e année, tome V, p, 164.)

Obs. IV. — Le malade observé par M. de Græfe était âgé de vingt-huit ans lorsqu'il fut blessé à l'œil droit par la pointe d'un instrument piquant. Une ophthalmie assez intense succéda à cette lésion et dura quatre semaines. Peu de temps après, on trouva dans l'iris une petite tumeur d'un blanc nacré. Cette grosseur, qui semblait située dans l'épaisseur de l'iris, faisait une légère saillie en avant dans la chambre antérieure, et une autre en arrière vers la capsule antérieure du cristallin. Il existait un coloboma inférieur de l'iris vers une petite tache blanche cicatricielle de la cornée. La tumeur de l'iris augmentant peu à peu de volume finit, par gêner la vision, d'abord en rétrécissant la pupille, puis en provoquant un certain degré de phlegmasie, lorsqu'elle arriva à toucher la face postérieure de la cornée.

M. de Græfe crut devoir extraire cette tumeur à l'aide d'une ponction faite à la cornée; mais cette masse, dont la partie superficielle était seule assez résistante, ne put être extraite en totalité, et l'on ne put en enlever que des lambeaux à l'aide de pinces et d'une curette.

Le contenu grumeleux de cette tumeur était formé en partie de poils très-fins qui naissaient évidemment de la tumeur même. On termina l'opération en incisant les brides qui séparaient la pupille de l'ouverture que la tumeur enlevée avait laissée à l'iris.

A l'examen microscopique, on ne trouva dans la tumeur que des lamelles épidermiques, des poils, un peu de graisse et de cholestérine.

Il n'y eut point d'accident ; mais la paroi du fond de la tumeur n'ayant pu être extraite, il fallait craindre une récidive, qui du reste ne tarda pas à se manifester, et au moment où M. de Græfe publiait son observation, la tumeur était tout à fait en voie de récidive. (*Archiv. für Ophthalmologie*, tome III, 2e partie, page 412.)

Obs. V. — Langenbeck a montré à Græfe une pièce où l'on voyait un poil probablement implanté dans un exsudat faisant saillie dans la chambre antérieure. Ce poil n'était pas contenu dans une tumeur. Malheureusement les détails manquent sur ce fait intéressant.

Toutes les productions pilifères dont je viens de parler ont été observées sur le vivant, et avaient leur siége soit sur l'iris, soit aux environs de cette membrane. La tumeur que je présente aujourd'hui à la Société a été trouvée sur le cadavre, ce qui a permis un examen plus détaillé, et elle était située dans un lieu différent des autres, entre la rétine et la choroïde.

L'œil qui contenait cette production dermoïde et pilifère avait été enlevé sur le cadavre d'une femme de soixante-dix ans. Il était cataracté ; mais c'était là la seule lésion de cet œil apparente à l'extérieur. La cornée, la sclérotique, l'iris, les chambres antérieure et postérieure, le corps vitré, étaient à l'état sain. Mais en ouvrant cet œil et en séparant les membranes l'une de l'autre, je constatai entre la rétine et la choroïde, à la partie supérieure du globe, une production jaunâtre de 1 centimètre 1/2 de long sur 1 de large, que je pris d'abord pour un de ces amas de cholestérine qu'on trouve assez souvent au-dessous de la choroïde. Cependant, à un examen un peu plus attentif, je vis qu'il s'agissait de quelque chose de tout à fait différent de la cholestérine, d'une sorte de plaque résistante dont une face, bombée, répondait à la choroïde, et l'autre, plane, à la rétine. La face choroïdienne était chagrinée, grenue, traversée par des sillons comme la peau, et couverte de poils, les uns assez gros, les autres plus petits. Quelques-uns de ces poils étaient visibles à l'œil nu, et avaient 2 millimètres ; d'autres ne pouvaient être bien distingués qu'à la loupe : leur nombre s'élevait environ à 25. Ils prenaient naissance dans la profondeur des sillons cutanés. Sur un point de cette ace choroïdienne, il existait une tache noirâtre de 4 millimètres de largeur, et qui répondait profondément à un amas d'une matière noire.

Par sa face plane, cette plaque tenait à la rétine par quelques adhérences celluleuses faciles à rompre. On n'y découvrait pas de poils. La rétine conservait l'impression de cette tumeur d'une façon très-distincte par des brides celluleuses légères et par quelques taches pigmentaires. La choroïde, dans le point où la plaque pilifère lui correspondait, était dépourvue de pigment, mais partout ailleurs elle était saine.

J'ai procédé à un examen micrographique de la structure de la tumeur, à l'aide de coupes minces faites dans toute son épaisseur et sur divers points, de la face choroïdienne à la face rétinienne. De cet

examen, il résulte que la tumeur est composée de plusieurs couches analogues à celles que représentent la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

1° C'est d'abord une couche épidermique analogue à l'épiderme cutané ; cet épiderme est formé de petites cellules arrondies , pourvues d'un noyau et d'un nucléole , très-rapprochées les unes des autres.

2° Au-dessous de cette couche épidermique , on constate plusieurs couches fibro-celluleuses d'aspect et de résistance différents. Une première couche, qu'on pourrait très-bien comparer au derme, est formée de fibres serrées les unes contre les autres, et disposées en faisceaux assez réguliers. Au-dessous de cette couche, qui a 2 millimètres d'épaisseur, on en trouve une autre formée de fibres irrégulièrement entre-croisées , un peu écartées les unes des autres ; c'est dans cette couche que viennent aboutir les bulbes pileux. Enfin , au-dessous de cette couche aréolaire, on en découvre une autre plus dense et renfermant en assez grand nombre des vésicules adipeuses.

Une coupe mince fait voir un assez grand nombre de poils contenus dans une gaîne épithéliale et munis d'un bulbe. Ces poils, brunâtres, de différentes longueurs, perforent la face choroïdienne de la plaque dermoïde par un orifice un peu déprimé; leur gaîne épidermique se continue avec la couche épidermique superficielle; leur extrémité bulbaire est dans la couche fibro-aréolaire à faisceaux écartés les uns des autres. Sur le point de la plaque dermoïde qui était d'une couleur foncée, on trouve des agrégats d'une matière brunâtre disposés sous forme de tubes arrondis, entrelacés, mais assez irrégulièrement pour qu'on ne puisse pas dire si ces masses sont de simples dépôts pigmentaires ou des canalicules de glandes sudoripares remplis d'une matière noire. La structure des poils est identique à celle des poils normaux.

De ces six faits, qui se complètent les uns les autres , il est facile de tirer quelques conclusions qui serviront à éclairer l'histoire de ces productions dermoïdes et pilifères de l'intérieur de l'œil.

Ces tumeurs ont été toutes observées sur des adultes, et paraissent, dans la plupart des cas, avoir succédé à des violences exercées sur l'œil. Ainsi , dans les cinq faits antérieurs au mien , le malade donne à cette affection une origine traumatique. A la vérité, dans l'observation de M. Pamard , le malade dit avoir observé le poil le lendemain de l'accident; mais c'est là un simple dire du malade. Du reste, cet accident peut bien avoir appelé l'attention sur une lésion qui n'avait pas encore manifesté sa présence par quelques symptômes. On avait supposé, dans ce cas, qu'un cil avait pu être entraîné dans la chambre antérieure à travers la blessure faite à la cornée ; mais

les faits do poils multiples ne permettent pas de s'arrêter un instant à cette hypothèse.

On a supposé qu'il s'agissait ici de petits kystes dermoïdes analogues à ceux qu'on trouve dans d'autres régions, et en particulier au pourtour du sourcil; mais en admettant cette hypothèse d'une façon générale, on oublie que dans les kystes dermoïdes la formation pileuse se fait à l'intérieur d'un sac clos, tandis que dans la plupart des cas cités les poils se sont développés librement à l'extérieur. Dans le cas de M. de Græfe, c'était sans doute un véritable kyste dermoïde dans l'épaisseur de l'iris; mais dans le cas que j'ai observé, il ne peut pas être question d'un kyste dermoïde, mais bien d'une plaque dermoïde, et c'est sans doute quelque chose d'analogue dans la plupart des autres observations où l'on apercevait distinctement les poils.

Ces formations dermoïdes et pilifères se sont montrées tantôt sur l'iris, tantôt sur la capsule du cristallin ; enfin, dans le cas qui m'est propre, sur la rétine, entre cette membrane et la choroïde.

Le nombre des poils, dans quelques cas, est assez minime; mais peut-être n'a-t-on pas bien vu tous ceux qui existaient; car dans mon observation il faut se servir d'un grossissement de dix fois environ pour reconnaître tous les poils.

La plupart des malades sur lesquels on a trouvé ces productions dermoïdes ont eu des troubles visuels variés.

Chez les uns, au début du mal, la vue était moins nette, les images paraissaient coupées; chez les autres, des accidents inflammatoires violents ont amené la perte de la vue et la formation de cataractes. Dans l'observation de M. de Græfe, les symptômes inflammatoires paraissent ne s'être montrés qu'au moment où la tumeur a touché la face postérieure de la cornée.

Chez la plupart des malades, on a trouvé une petite cicatrice sur la cornée.

Le pronostic de ces formations pilifères à l'intérieur de l'œil me paraît assez grave dès qu'on constate une augmentation progressive, quoique lente, de la tumeur. Donc, si l'on se trouvait en face d'un cas semblable à celui de M. de Græfe, où la tumeur faisait peu à peu saillie en avant vers la face postérieure de la cornée, et en arrière vers la capsule antérieure du cristallin, il ne faudrait pas hésiter à l'enlever avec la portion d'iris qui la supporte. On ne devrait pas se borner à une extraction incomplète qui, laissant en place la base de la tumeur, serait favorable à une récidive. Une excision nette de l'iris serait en tous points préférable.

M. HOUEL rappelle les faits décrits par M. Lebert et relatifs à la

formation de kystes pileux. Si dans la pièce do M. Follin ce n'est pas un kyste, mais une plaque revêtue de poils, il pense que ces deux variétés ne constituent qu'une seule et même lésion, et que cette pièce doit être rapprochée de celles qui ont été décrites par M. Lebert. Il ne pense pas, comme semble le faire supposer M. Follin, qu'un coup porté sur l'œil ait pu déterminer la production de ces poils. Il n'y a eu probablement qu'une simple coïncidence entre le coup et le développement de ces tumeurs pileuses.

M. FOLLIN connaissait tous les faits de M. Lebert que vient de rappeler M. Houël, et dans lesquels il ne s'agissait que de kystes pileux. Chez tous les malades cités par M. Follin, l'observation ne peut laisser aucun doute sur la cause qui a produit ces lésions singulières. Ces malades n'avaient rien à l'œil avant l'action du coup, et on a pu assister au début et à l'évolution de la lésion. Du reste, cette hypothèse, qui porterait à penser que ces tumeurs se sont formées accidentellement, ne doit plus paraître si extraordinaire aujourd'hui. On admet bien la création de véritables glandes dans les productions hétéradéniques, et il n'est pas plus singulier qu'un morceau de peau puisse se développer aussi do toute pièce.

M. VERNEUIL. Il se forme tous les jours, dans nos organes, du tissu osseux, du tissu nerveux, voire même des glandes. Mais la peau est un organe bien plus compliqué, et je n'ai jamais pu me convaincre de la formation de toute pièce du tissu cutané avec ses dépendances, bulbes pileux, poils, etc. J'ai étudié avec soin les kystes de la région sourcilière, qui occupent autour de l'orbite un siége constant (côté externe, à l'angle externe des paupières), et qui renferment habituellement une grande quantité de poils, et avant d'admettre une néo-génèse, j'ai cherché une autre théorie pour expliquer ces productions, et il m'a paru qu'elles avaient pour origine l'inclusion d'une portion de peau au moment de la soudure embryonnaire.

Pour en revenir au fait de M. Follin, à la présence de ce lambeau de peau recouvert de poils et trouvé dans l'œil, on pourrait encore en appeler aux recherches de l'embryologie. Certains embryologistes ont de la tendance à admettre que le globe oculaire est formé par la soudure de deux feuillets, dont l'un serait une dépendance du feuillet tégumentaire externe, do façon que la moitié antérieure du globe oculaire, et avec lui la cornée et l'appareil cristallinien, devraient être rapprochés dans sa formation de l'enveloppe extérieure du corps. Dès lors ne pourrait-on pas supposer, pour expliquer le fait que vient de nous communiquer M. Follin, une inclusion d'une portion de peau dans l'appareil oculaire? On pourrait représenter,

comme objection à cette théorie, le temps qui s'est écoulé depuis l'époque de la naissance et le moment où a paru cette lésion; mais ne voit-on pas des tumeurs, qui peuvent être rapprochées de celles-ci, ayant pour siége le testicule ou la région circumorbitaire, persister pendant cinq, dix, quinze ans, sans augmenter de volume et sans donner lieu à aucun accident?

M. FOLLIN ne trouve pas de raisons suffisantes pour admettre d'une manière générale la théorie de l'inclusion. Pour le cas présent, la théorie ingénieuse des embryologistes, citée par M. Verneuil, serait en défaut : la plaque cutanée ne se trouvait pas dans la moitié antérieure de la coque oculaire, mais entre la choroïde et la rétine.

M. BROCA. A l'époque où M. Lebert vint communiquer à la Société anatomique son travail sur l'hétérotopie plastique, j'ai résisté à cette théorie; mais je me suis rendu à l'évidence des faits; et aujourd'hui je n'ai aucune répugnance à admettre la formation de toute pièce du tissu osseux, glandulaire, nerveux, et même d'un bulbe pileux, ou d'une portion de peau. Nous pouvons invoquer ici deux ordres de faits à l'appui de cette théorie : d'abord les exemples de kystes pileux, de kystes renfermant des portions d'os, de dents, etc., sont rares, très-rares, chez les nouveau-nés. Cette proposition est bien contraire à la théorie de l'inclusion; mais, il faut bien l'avouer, nous ne possédons pas de statistique rigoureuse sur ce point, et nous ne savons pas d'une manière précise à quel âge se sont spécialement développés ces kystes. Mais si ce premier ordre d'arguments laisse à désirer, les seconds me paraissent plus concluants. Ces kystes ne contiennent pas un seul poil, une seule portion osseuse, mais un grand nombre de poils. En admettant qu'ils soient le résultat d'une inclusion, comment ne pas être frappé par ce fait, que tous ces poils n'ont pas pu primitivement être contenus dans une poche étroite et je dirai presque imperceptible? Il a donc fallu que, à côté d'un premier bulbe pileux, à côté d'un premier poil, il s'en formât d'autres; il faut donc admettre qu'il s'est formé dans une poche de nouveaux organes semblables à ceux qui auraient primitivement été renfermés dans cette espèce de kyste.

J'ajouterai, enfin, que pour les faits cités par M. Follin il est difficile d'admettre que ces portions cutanées aient pu si longtemps passer inaperçues dans un organe comme l'œil, qui est à chaque instant soumis à l'observation non-seulement des médecins, mais des personnes étrangères à la médecine.

M. VERNEUIL ajoute que ce n'est pas seulement un follicule pileux qui serait renfermé dans ces kystes dermoïdes, mais une portion de

peau ; que dès lors il est moins surprenant qu'il y ait une grande quantité de poils. Le kyste ne renferme pas seulement des poils, mais aussi de la matière sébacée ; et c'est la sécrétion de cette matière qui détermine l'accroissement du kyste, où l'on retrouve, mêlés avec elle, une multitude de petits poils. Ce n'est pas une inclusion proprement dite, si l'on donne à ce mot une valeur absolue, mais une inclusion partielle, une inclusion d'une portion de peau, au moment où se fait la soudure des différents feuillets dans le développement embryonnaire.

M. BROCA cite à l'appui de l'opinion qu'il a acceptée et qu'il défend, le fait suivant. Un de nos confrères a reçu une balle dans le bras ; au niveau du trou d'entrée de la balle, la peau a été complétement détruite, et, chose curieuse, au centre de la cicatrice s'est développé un poil. Pour M. Broca et les personnes qui ont pu observer ce fait, il ne peut pas exister le moindre doute, et il faut évidemment admettre qu'il s'est formé là, de toute pièce, un nouveau bulbe pileux.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit une observation qui a été adressée à la Société par MM. les docteurs A. Mazel et A. Boniface, d'Anduze.

Il s'agit d'une **d'une tumeur veineuse réductible de la paupière inférieure.**

Le nommé P. R..., âgé de quatorze ans, d'une bonne constitution, a reçu, il y a trois ans, à la partie inférieure et externe de l'œil droit, un coup de champignon de l'ordre des Bosiosporés, connu vulgairement sous le nom de vesse de loup. La douleur fut assez vive sur le moment, mais aucune tuméfaction, aucune ecchymose, aucune inflammation de l'œil ou des parties environnantes n'étant survenues, rien n'attira l'attention du malade ni des parents. Trois mois s'étaient écoulés depuis cette contusion, lorsque l'enfant sentit en se baissant que sa paupière inférieure se gonflait peu à peu jusqu'au point d'amener une sensation de tension et de gêne, sans aucune douleur ni aucun trouble de la vision. La tuméfaction disparaissait peu à peu lorsqu'il reprenait la position verticale. Depuis cette époque, la tumeur a augmenté de volume.

Examen du 15 *janvier* 1861. — L'enfant étant debout depuis un moment, nous examinons attentivement la région circumorbitaire droite sans y découvrir rien d'anormal. Le globe de l'œil est sain ; il ne fait pas saillie en avant ; la vision est nette ; la conjonctive palpébrale est légèrement injectée, mais il existe une injection semblable du côté opposé. La peau de la paupière inférieure a sa coloration normale ; on n'y trouve aucune tumeur à la simple inspection.

Sur un ordre du père, l'enfant courbe la tête. Au bout d'une minute, il la redresse, et voici ce que nous constatons à notre grande surprise.

Aux deux tiers externes de la paupière inférieure droite existe une tumeur de la grosseur d'une amande, obliquement dirigée de haut en bas, et de dehors en dedans. La peau est visiblement distendue à ce niveau, et présente une coloration violacée.

L'ouverture palpébrale est diminuée, et le globe oculaire légèrement repoussé en dedans.

Cette tumeur est molle, sans aucun battement, réductible presque instantanément par la pression ; d'une manière lente, par le seul fait du retour à la station verticale. Nous replaçons la tête de l'enfant dans une position déclive, et nous voyons la tumeur se former graduellement sous nos yeux. Au bout de trente secondes, la tuméfaction est appréciable ; elle s'accroît pendant une minute, pour rester ensuite stationnaire. Dans le décubitus dorsal, la tumeur se produit, mais elle n'atteint pas à beaucoup près les dimensions que nous avons indiquées. Dans le décubitus latéral droit, la tumeur devient globuleuse et arrive vite à la grosseur d'une amande. Elle décroît sans disparaître lorsque le malade se place dans le décubitus latéral gauche, pour reprendre le volume qu'elle avait dans le décubitus dorsal.

Examen du 6 février. — L'état de l'enfant est le même ; la tumeur se reproduit dans les mêmes circonstances que précédemment. Toutefois nous remarquons que dans la station verticale la paupière inférieure est creusée d'une dépression au niveau où se produit la tumeur. Si sur ce point on exerce une pression assez profonde avec la pulpe de l'indicateur, on rencontre un vide dans lequel on refoule aisément la peau. Le godet ainsi creusé, sans douleur pour le patient, ne disparaît que d'une manière lente et incomplète. Remarquons que ce godet ne tient nullement à l'œdème des paupières, dont il n'existe aucune trace.

Passons maintenant en revue les diverses questions que ce cas soulève. Et d'abord, quelle est la nature de cette tumeur ? par quoi est-elle constituée ?

Elle se produit et disparaît à volonté ; elle a une consistance molle, une coloration bleuâtre, rendue évidente par la quasi-transparence du voile membraneux qui la recouvre : elle est donc constituée par du sang ? Elle n'est le siége d'aucun battement, d'aucun mouvement d'expansion : ce sang est donc veineux ? Elle est sans consistance, et réductible spontanément : ce sang est donc fluide ? Elle vient de se former sous nos yeux ; elle disparaît dès que nous relevons la tête

du malade : donc ce sang vient de quitter le torrent circulatoire et y rentre aussitôt. Car, s'il n'y rentre pas, où passe-t-il? Dans cette dernière hypothèse, il est impossible d'expliquer ce que devient le sang qui forme la tumeur chaque fois qu'on la reproduit par la position donnée au malade.

Nous voilà conduits, par une série de déductions logiques, à admettre que cette tumeur est constituée par *du sang veineux fluide, récemment sorti du torrent circulatoire, dans lequel il rentre bientôt après.*

Quelles sont les conditions anatomiques qui doivent exister pour que pareille chose puisse avoir lieu?

Il faut évidemment qu'il existe une solution de continuité sur une veine de cette région, et que le sang épanché soit reçu dans une cavité où il s'accumule pendant quelques instants, jusqu'à ce que la pression des doigts ou la force de la pesanteur l'obligent à rentrer dans le vaisseau d'où il est sorti. Pour rendre notre pensée, nous donnerons à cette maladie le nom d'anévrysme veineux faux consécutif. C'est un cas fort rare sans doute, puisque les traités spéciaux (Desmarres, Mackenzie) n'en font aucune mention.

Mais ce diagnostic, outre qu'il est presque obligé, nous permet seul de nous rendre un compte satisfaisant des particularités suivantes si souvent mentionnées : apparition tardive de la tumeur, production à volonté lorsqu'on place la tête dans une position déclive, réduction par le retour à la station verticale.

Voici comment nous estimons que les choses ont pu se passer. Bien que trois mois se soient écoulés entre le coup reçu et l'apparition de la tumeur, nous nous croyons autorisé à établir entre les deux faits un rapport de causalité intime. Sous l'influence de ce traumatisme, il y a eu rupture incomplète d'une veine (la sous-orbitaire vraisemblablement). En raison de son faible calibre, la quantité de sang primitivement épanché a été peu considérable, et ce n'est que lentement qu'il a pu refouler devant lui le tissu cellulaire lâche de cette région qui lui faisait obstacle. Mais insensiblement l'espèce de cavité ainsi creusée s'est agrandie jusqu'à ce que ses dimensions aient été supérieures à celles de la région qu'elle occupait.

Ainsi peut s'expliquer l'apparition tardive de la tumeur. La petite dépression que nous avons constatée sur la paupière inférieure reconnaît sans doute pour cause l'absorption du tissu cellulaire sous-palpébral et son tassement successif amené par l'ondée sanguine.

Quel traitement doit-on instituer en pareille occurrence?

L'enfant est incommodé par cette tumeur qui se reproduit souvent, parce qu'en raison de ses occupations de manœuvre, il est fréquem-

ment obligé de se courber. Nous avons songé tout d'abord à la compression, et voici comment nous l'avons établie : une boulette de charpie, grosse comme une noisette, est placée sur le siége de la tumeur ; un gâteau de charpie de forme ovale, assez épais pour combler le vide de la cavité orbitaire, le recouvre, et nous exerçons la compression au moyen d'un bandage monocle. Nous conseillons en outre d'éviter la position horizontale pendant la nuit, en relevant le tronc autant que possible à l'aide de coussins ; nous recommandons surtout d'éviter le décubitus latéral droit, qui est le décubitus ordinaire de l'enfant pendant le sommeil.

On pourrait peut-être, après avoir provoqué l'apparition de la tumeur, injecter, à l'aide de la seringue Pravaz, quelques gouttes de perchlorure de fer, pour obtenir la coagulation du sang. Nous avons donné la préférence à la compression, parce qu'elle nous a paru mieux appropriée et exempte de tout danger.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 20 février 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Cullerier dépose sur le bureau un exemplaire de ses leçons cliniques à l'hôpital du Midi, publiées par M. le docteur Royet, sous le titre suivant : *Des affections blennorrhagiques*. Paris, 1861, in-8°.

— M. Larrey dépose un exemplaire de son travail sur un cas *d'anomalie des membres pelviens*. Paris, 1861, in-8°.

— Il fait don en même temps à la Société de la collection du *Moniteur des sciences*, 1860.

— M. Bonifas adresse une observation de fractures multiples du membre supérieur. (Commissaire, M. Boinet).

— M. le docteur G. de Saint-Martin adresse un manuscrit intitulé : *Notice sur une sonde creuse utérine sous forme de levier, etc.* (Commissaire, M. Depaul.)

— M. Perrier, de la Charité-sur-Loire, adresse une observation manuscrite intitulée : *Cancer encéphaloïde et cancer épithélial sur-*

venus, le premier chez le fils, le deuxième chez le père. (Commissaire, M. Perrin.)

— L'on procède au vote, au scrutin secret, sur la demande de M. Cazeaux, pour l'échange de son titre de membre titulaire en celui de membre honoraire.

Dépouillement du scrutin :

Votants.	25
Oui.	25

En conséquence, M. Cazeaux est nommé membre honoraire.

COMMUNICATION.

M. BAUCHET. Je désire appeler l'attention de la Société sur un fait que j'ai observé dans mon service à l'Hôtel-Dieu, pendant que je remplaçais M. Robert, et qui me paraît important au point de vue de la pratique chirurgicale. Je tiens d'autant plus à provoquer l'attention de la Société sur cette observation, que j'espère connaître ainsi les observations que nos collègues ont pu recueillir sur ce sujet. Il est peu de chirurgiens qui possèdent assez de faits pour établir leur pratique sur une longue et difficile expérience, et peut-être qu'en fixant l'attention de nos collègues sur ce point de thérapeutique chirurgicale, nous pourrons voir sortir de cette discussion des règles importantes et positives au point de vue de la pratique.

Il s'agit *de la réduction dans les hernies*, lorsque l'intestin est *perforé.*

Une femme est entrée dans mon service, à l'Hôtel-Dieu ; elle était depuis longtemps atteinte d'une hernie crurale. Cette hernie, facilement réductible habituellement, était sortie et n'avait pas pu être réduite. Il en était résulté la production d'une tumeur grosse comme un œuf de dinde, rouge, fluctuante, etc. La malade avait eu des garde-robes jusqu'à la veille de son entrée à l'hôpital, et il n'y avait eu des vomissements que le premier jour de l'accident. Il s'agissait en un mot d'une tumeur herniaire, enflammée et étranglée consécutivement.

Voici, du reste, l'observation telle qu'elle a été recueillie par M. Meunier, interne du service.

Hernie crurale étranglée. — Opération le cinquième jour des accidents; perforation de l'intestin; réduction immédiate. — Érysipèle. — Écoulement de matières fécales par la plaie le huitième jour. — Mort le vingtième jour après l'opération. — Autopsie. — Anus contre nature.

Augustine-Adélaïde L..., âgée de quarante-neuf ans, chapelière, est d'une taille moyenne et d'une bonne constitution; mariée, ayant

eu quatre enfants ; réglée pour la première fois à seize ans ; encore réglée actuellement, mais avec quelques intermittences ; de bonne santé habituellement, ayant eu la petite vérole à l'âge de onze ans, et depuis lors aucune maladie.

Rien d'intéressant dans ses antécédents de famille au point de vue de son état actuel.

Il y a quinze ans environ, à la suite de son second accouchement, qui n'avait pas été plus pénible que le premier, elle sentit dans l'aine gauche une petite tumeur arrondie, du volume d'une noisette, rentrant à la plus légère pression et dans le décubitus, augmentant au contraire sous l'influence des efforts. Cette tumeur n'a déterminé aucun changement dans la santé habituelle de cette femme ; mais il y a deux ans son volume avait un peu augmenté, et à la suite d'un travail plus pénible que de coutume, il y a trois mois, elle était devenue de la grosseur d'une noix. Sa réduction était toujours aussi facile ; aucun accident ne s'était manifesté encore, et la malade pouvait continuer ses occupations sans porter de bandage.

La semaine qui a précédé l'accident actuel, cette femme se portait aussi bien que possible, et sa tumeur était même rentrée depuis quelques jours, lorsque samedi matin 29 septembre, après avoir été à la selle sans grands efforts, elle fut prise de coliques très-vives, et reconnut la réapparition de sa tumeur, qu'elle trouva douloureuse et tendue ; des vomissements survinrent, et se répétèrent dans le milieu de la journée, au point de jeter la malade dans un grand abattement et de la forcer à s'aliter. Elle prit deux lavements simples, qui facilitèrent l'excrétion d'une petite quantité de matière dure et arrondie, mais sans apaiser en rien la violence de ses douleurs.

Le lendemain 30 septembre, les symptômes de douleur ayant persisté, un médecin fut appelé, qui, après avoir constaté la tumeur, fit quelques tentatives inutiles de réduction, conseilla un grand bain, et invita la malade à se faire transporter à l'hôpital.

Les vomissements étaient suspendus, mais les nausées étaient toujours très-fatigantes et les coliques très-vives, malgré l'application continuelle de cataplasmes.

La nuit fut mauvaise, et se trouvant toujours dans un état aussi pénible, la malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 13, le 1er octobre, à midi.

Le soir, à la visite, on constate l'état suivant :

Facies un peu altéré ; pouls assez fort, à 84 ; ventre assez volumineux, sonore à la percussion, peu douloureux au toucher. Dans l'aine gauche, une tumeur ovoïde, à grand diamètre transversal, ayant 7 ou 8 centimètres de longueur, assez régulière, sauf un point globuleux à

la partie inférieure correspondant plus spécialement à la portion crurale de la région et au siége de la tumeur à son début ; mate à la percussion, résistante, à peine mobile, très-douloureuse au toucher, la peau qui la recouvre est un peu chaude et rosée, et on perçoit en deux ou trois points une fluctuation obscure.

La malade urine comme de coutume ; les vomissemonts n'ont pas reparu, mais les coliques sont assez pénibles et les nausées assez fréquentes. La langue est blanche, la soif modérée ; absence complète de garde-robes depuis lundi matin.

Une tentative très-modérée de taxis est faite pendant quelques instants ; elle ne donne aucun résultat ; on prescrit alors un lavement purgatif et des applications de glace sur la tumeur.

Le mardi 2 octobre, à la visite du matin, M. Bauchet trouve la malade à peu près dans le même état ; la tumeur a un peu diminué de volume ; elle présente superficiellement une fluctuation légère, qu'il attribue à une couche de liquide situéo à la partie antérieure. La sensibilité du ventre a diminué, les vomissements n'ont pas reparu, mais la constipation persiste, et les coliques sont toujours très-vives. La malade n'a pas eu de repos pendant la nuit. Le pouls est assez fort, et sa fréquence n'a pas augmenté.

M. Bauchet fait pendant quelques instants une tentative de taxis ; mais la nature du liquide épanché n'étant pas déterminée, il n'insiste pas, bien qu'il ait senti une bulle de gaz filer sous ses doigts. Les symptômes locaux et généraux paraissent trop bénins pour justifier l'opération ; on les rapporte plutôt à l'inflammation herniaire, et on prescrit :

Cataplasmes sur la tumeur ; 30 grammes d'huile de ricin ; un nouveau lavement purgatif. Eau de Seltz pour boisson.

A la visite du soir, la malade se plaint davantage ; elle n'a pas eu de selles, et le ballonnement du ventre a augmenté, ainsi que sa sensibilité ; quelques envies de vomir ; pouls à 92, petit et un pou serré.

Le mercredi 3 octobre, pas de selles ; les vomissements bilieux ont reparu depuis hier soir. Le ballonnement est prononcé et les coliques presque continuelles. La tumeur est tendue, douloureuse au toucher, et la peau qui la recouvre est chaude et colorée. Le pouls est fréquent et serré, 100 pulsations.

L'opération est décidée, et pratiquée le matin même avec l'aide du chloroforme.

La division des couches cutanées donne issue à deux cuillerées environ de liquide séro-purulent d'odeur stercorale, qui s'écoule d'une cavité d'apparence séreuse. Cette incision a mis à découvert une

masse arrondie d'un blanc bleuâtre, d'aspect un peu graisseux, dont le doigt fait aisément le tour; elle a un pédicule qui sort au-dessous de l'arcade crurale. Est-ce le sac? est-ce l'intestin? Après quelques hésitations d'autant plus légitimes que l'on se trouvait dans une véritable cavité séreuse, M. Bauchet incise la tumeur dans une très-petite étendue, et cette perte de substance donne passage à un liquide presque identique à celui qui était sorti déjà. L'incision est agrandie, tout le liquide s'écoule, le sac s'affaisse, et après en avoir écarté les lambeaux, on découvre au fond l'intestin à nu, sans épiploon, formant une masse arrondie, régulière, du volume d'une grosse aveline. Sa teinte est un peu violette, uniforme; sa surface est lisse, brillante, et est distendue par des gaz et des matières intestinales.

Un débridement multiple est pratiqué en haut, puis en dehors, avec un bistouri boutonné: le craquement caractéristique de la division du tissu fibreux est facilement perçu; l'intestin étant devenu mobile, est légèrement attiré au dehors, et on constate un peu d'amincissement circulaire au niveau de la constriction; à la partie antérieure et externe de cette zone amincie, se remarque un petit point noir de la grosseur d'une tête d'épingle. M. Bauchet veut réduire l'intestin: dès la première tentative, un petit sifflement se fait entendre; ce sont quelques bulles de gaz qui s'échappent par le petit point noir dont nous venons de parler.

L'intestin est examiné de nouveau, et une compression légère en ayant expulsé des matières liquides par le même pertuis, M. Bauchet déclare que la lésion constatée, vu le bon état de l'anse intestinale, ne contre-indique pas absolument la réduction, M. Velpeau ayant obtenu quelques succès dans des cas analogues.

Par une pression légère, il vide alors en partie l'anse herniée, qui devient flasque et molle; ainsi diminuée de volume, elle se réduit assez facilement, et l'introduction du petit doigt dans le trajet, jusqu'à l'entrée de la cavité abdominale, fait constater que le débridement a été suffisant. Aussitôt l'intestin réduit, la malade se plaint de coliques, et est prise d'un hoquet qui dure peu. Pour pansement, boulettes de charpie dans la plaie, gâteau de charpie et spica, huile de ricin par cuillerées à café, lavement purgatif le soir.

Le 4 octobre, hier, avant le lavement, deux petites selles liquides, sans autres accidents que quelques petites coliques; depuis le lavement purgatif, selles abondantes et répétées pendant toute la nuit. Plus de vomissements ni de coliques pareilles à celles qui précédaient l'opération. Ce matin, la malade est bien; légère réaction; pouls à 100; soif assez vive.— Tisane de chiendent; julep avec 7 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.

Le 5, sommeil toute la nuit. Plusieurs selles encore depuis hier matin. Ventre un peu ballonné. Coliques autour de l'ombilic. Pas de vomissements. — Julep opiacé ; bouillon ; lavement simple.

Ce lavement détermine encore quelques selles, après lesquelles cèdent les coliques. Pouls à 92 le soir. — Eau de Seltz sucrée pour boisson.

Le 6, pouls à 84; peau fraîche; nuit excellente; ventre souple. On lève l'appareil: un peu de suppuration ; la plaie est rose, excepté à la partie interne, au niveau du sac, qui a l'aspect d'un lambeau de tissu cellulaire mortifié. Langue un peu blanche ; soif modérée.

Le 7, la malade a sué abondamment une partie de la nuit ; sommeil assez bon ; pas de coliques ; ventre souple ; pouls à 82 ; langue un peu blancho, mais bien humide. Ensemble très-satisfaisant. — Bouillon ; petit potage léger.

Le 8, on renouvelle le pansement pour la deuxième fois. Peu de suppuration.

Le 9, tout autour de la plaie une zone érysipélateuse, large de trois doigts environ ; ni frisson, ni envies de vomir, ni fièvre. La malade n'accuse qu'un peu de prurit. — Poudre d'amidon ; pansement simple de la plaie.

Le 10, l'érysipèle s'est étendu depuis hier ; il gagne le dos et la partie supérieure de la cuisse gauche. On renouvelle le pansement ; l'eschare noirâtre formée par le sac n'est pas encore détachée. — Lavement simple ; une selle dans la soirée.

Le 11, c'est-à-dire le neuvième jour après l'opération, les pièces de l'appareil sont tachées en jaune, comme si elles étaient imbibées de matières intestinales ; en enlevant les bourdonnets de charpie qui remplissent la plaie, on entend siffler quelques gaz dans l'angle interne, et une petite quantité de matières fécales jaunâtres vient sourdre de ce point.

Le 12, les matières intestinales sont expulsées en assez grande quantité par la plaie, au point do souiller tout l'appareil et le lit de la malade. Pendant le pansement, le même phénomène se répète sous nos yeux. L'érysipèle s'étend, et continue à envahir le tronc et la cuisse gauche, dont il occupe toute la face interne.

Le 14, on retire un lambeau du sac sphacélé. Écoulement très-fréquent de matières fécales. On dispose le pansement de façon à pouvoir tenir les fesses dans un état de propreté aussi satisfaisant que possible.

Le 15, pas de selles par l'anus depuis trois jours. — Lavement purgatif.

Le 16, hier *plusieurs selles abondantes après le lavement.* La plaie

donne issue à une moins grande quantité de matières fécales. La nuit a été mauvaise ; frissons ; envies de vomir ; fièvre. L'érysipèle est très-étendu. On enlève une nouvelle eschare.

Le 17, depuis hier soir un peu d'amélioration ; la malade se trouve mieux, mais son abattement est très-grand. Quelques plaques do muguet sur la langue et les joues. Une selle pendant la nuit.

Le 18, frissons et vomissements une partie de la nuit. La malade est très-abattue ; peau chaude ; pouls à 112, mou et dépressible ; respiration accélérée ; râles muqueux très-abondants des deux côtés de la poitrine, surtout à droite. L'érysipèle a envahi les parties antérieure et latérale du tronc jusqu'aux aisselles et aux clavicules. — Looch avec kermès, 25 centigr. ; vésicatoires sur les parties latérales du thorax, au milieu des surfaces érysipélateuses ; lavement simple. L'érysipèle ne s'est pas arrêté.

Le 19, encore quelques vomissements. L'état général ne s'est guèro modifié. Pas de selles ; les matières intestinales s'écoulent toujours par la plaie, elles sont devenues verdâtres. — Deux nouveaux vésicatoires. Même prescription.

Le 20, l'érysipèle a atteint le cou, qu'il occupe presque en totalité; quelques envies de vomir pendant la nuit ; muguet confluent. — Collutoire boraté ; looch kermès.

Le 21, l'érysipèle pâlit un peu, et l'état général s'aggrave ; faiblesse extrême ; figure très-amaigrie ; pouls mou et fréquent ; excrétion fréquente par la plaie de matières vertes ayant la consistance et la couleur de la chicorée cuite ; plus de selles par l'anus.

Le 22, affaiblissement plus grand.

Le 23, mort à neuf heures du matin.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

Siége de la hernie. — Au-dessous de l'arcade crurale, dans l'espace triangulaire compris entre les vaisseaux fémoraux et le bord interne du pectiné, se voit une ouverture elliptique, à grand diamètre oblique en bas et en dedans, ayant cinq centimètres environ. Cet orifice, que nous appellerons l'ouverture cutanée, est limité de tous côtés par une lame fibreuse dépendant de l'aponévrose crurale ; les pertuis nombreux que présente la portion de cette aponévrose voisine de l'orifice ne permettent pas de douter que ce soit le *fascia crebriformis*. A mesure qu'on la considère plus profondément, cette ouverture cutanée se rétrécit, et sa portion superficielle figure assez bien la base d'une pyramide triangulaire dont les angles seraient un peu arrondis, En y introduisant un stylet, on arrive dans un espace qui correspond à la concavité d'une anse intestinale dont les deux

branches sont adhérentes d'abord entre elles, puis à la séreuse viscérale qui y confine. La portion herniée de cette anse appartient à la fin de l'iléon (40 centimètres environ au-dessus de l'insertion cœcale).

Adhérences. — Les altérations que l'on constate dans la cavité abdomidale offrent un grand intérêt. Trois anses intestinales, appartenant également à l'iléum, viennent contracter des adhérences au voisinage de l'anneau crural. La première, située en haut et un peu en dehors de cet orifice, répond à peu près à l'union du second et du troisième tiers de l'intestin grêle ; ç'est par son bord libre, et dans une étendue de 6 centimètres environ, que l'intestin adhère : 1° à la paroi abdominale antérieure ; 2° à la convexité de l'anse herniée.

A 90 centimètres plus bas, l'intestin grêle contracte une deuxième adhérence en dedans et en arrière de la première; beaucoup moins étendue que la précédente, ayant à peine un centimètre de longueur, elle unit une face de l'intestin à l'angle formé par l'extrémité interne de l'adhérence précédente. — 40 centimètres plus loin, nouvelle adhérence au-dessous des deux premières, celle-ci contractée par l'anse herniée. Repliée sur elle-même de manière à former une demi-circonférence ou plutôt un U à convexité antérieure, cette anse adhère par sa convexité aux deux anses précédentes, et au-dessous à la paroi abdominale; par sa concavité elle s'adosse à elle-même, et les branches de l'U sont assez intimement unies pour ne figurer qu'un seul calibre intestinal. La vessie vient elle-même s'adosser au point où cesse l'adhérence de ces branches.

La structure de toutes ces adhérences n'est pas absolument la même; les deux premières, celluleuses et filamenteuses, ont une assez grande solidité ; la troisième, que nous sommes obligé de diviser pour constater l'état des parties profondes, semble plutôt formée par une substance albumino-gélatineuse homogène, sans texture appréciable.

Anus contre nature. — On se rappelle que l'écoulement des matières intestinales par la plaie n'avait pas empêché la malade d'avoir des selles naturelles ; il était donc intéressant de rechercher si nous avions affaire à une fistule stercorale ou à un anus contre nature. Pour cela, on a d'abord divisé l'adhérence gélatineuse de la concavité de l'anse herniée; on est alors arrivé sans détruire aucun autre élément dans une cavité où l'on trouva trois orifices distincts : deux supérieurs, ayant plutôt la forme de fente, d'inégale dimension, permirent l'introduction d'un stylet dans chacun des bouts de l'anse herniée; le plus grand, situé en dehors, correspondait au bout supérieur de l'intestin ; l'autre, interne, au bout inférieur ; le troisième orifice, situé à la partie inférieure de la cavité, de forme circulaire,

ayant environ 5 millimètres de diamètre, constituait le sommet de cette pyramide, ou plutôt de ce canal triangulaire dont nous avons décrit la base sous le nom d'orifice cutané.

Tout l'intérieur de cette cavité, ainsi que le prolongement canaliculé qui la fait communiquer avec l'extérieur, présente l'aspect tomenteux de la muqueuse intestinale, sans offrir ni replis ni valvules.

Nous avions donc sous les yeux un véritable anus contre nature; l'ouverture cutanée, l'ouverture intestinale et le trajet intermédiaire ou cloaque, dans lequel s'ouvrent les deux bouts de l'intestin, rien n'y manquait. Quelques détails sur les ouvertures de l'intestin dans le cloaque compléteront notre description.

L'intestin n'est pas détruit dans toute sa continuité; à la partie antérieure et supérieure du cloaque, il est encore représenté par un pont de 5 à 6 millimètres de longueur sur 4 de largeur, qui réunit les deux bouts. Ce pont n'a rien qui rappelle la disposition de l'éperon; au lieu d'être tranchant et de proéminer dans la cavité, il adhère à la première anse intestinale décrite, et fait pour ainsi dire paroi. De plus, il n'est pas situé en face de l'orifice externe, qui correspond assez directement à l'orifice du bout anal de l'intestin.

Nous n'avons constaté ni cordes mésentériques, ni dilatation notable du bout supérieur; mais, en revanche, un rétrécissement considérable du bout inférieur et même de tout le gros intestin, dont le calibre dépasse à peine celui de l'iléum.

Notons encore une augmentation de volume des ganglions mésentériques correspondant aux anses adhérentes, et l'absence complète de liquide dans la cavité péritonéale.

L'examen des autres appareils ne nous a fait constater rien d'anormal, si ce n'est dans les poumons, qui présentaient à leur partie postérieure une congestion très-intense, et même par places une certaine friabilité.

Le jour où je vis la malade pour la première fois, le diagnostic ne me parut pas douteux, et je reconnus une inflammation du sac herniaire, avec formation de pus, et probablement un étranglement d'une anse intestinale. Pourtant l'absence de vomissements, le bon état du ventre et la persistance des garde-robes, constituaient autant de contre-indications à une opération immédiate. Quant à la réduction de l'intestin hernié, je ne voulus pas la tenter, de crainte de pousser dans la cavité péritonéale le liquide purulent dont l'existence dans le sac ne pouvait être douteuse.

Il survint des vomissements dans la soirée, et le lendemain je décidai que l'opération serait pratiquée immédiatement.

Je n'insisterai pas sur l'opération, qui a été si bien rapportée par M. Meunier, mais je signalerai spécialement le fait de pratique chirurgicale sur lequel j'ai surtout voulu appeler votre attention.

L'état d'intégrité parfaite de l'intestin, excepté dans le point si limité où existait la perforation, et le souvenir des cas rapportés par notre maître M. Velpeau, et surtout d'un fait publié par M. Piachaud, pendant son internat à la Charité, dans le service de M. Velpeau, me décidèrent à réduire l'anse herniée. Pendant neuf jours, je m'applaudissais du résultat que j'avais obtenu. Vous savez le reste. Or, si cette femme n'avait pas été prise d'érysipèle, et que la plaie se fût fermée complétement, j'aurais rapporté cette observation comme un exemple curieux de guérison à la suite de la réduction d'une anse intestinale, saine du reste dans presque toute son étendue, et sur laquelle j'avais constaté l'existence d'une très-petite perforation. J'aurais cité ce fait en engageant à suivre cette voie en pareille occurrence. Et pourtant la femme aurait couru les plus grands dangers, et la guérison n'aurait été obtenue que grâce aux adhérences contractées par l'intestin, et à la gangrène et à l'élimination de l'anse intestinale herniée. Pendant ce travail pathologique, n'aurait-on pas eu à craindre la formation d'un abcès stercoral, une perforation, etc. ?

Aussi, instruit par ce fait, et malgré le cas heureux, on peut le dire, que nous publions, je pense qu'en pareille circonstance je ne réduirais plus une anse herniée présentant une perforation, si petite qu'elle fût, et que je préférerais, dans une circonstance semblable à celle où je me suis trouvé, établir de suite un anus artificiel, ou au moins jeter une ligature autour de la perforation.

M. CHASSAIGNAC. Ce fait me paraît fort important et soulève une question pratique intéressante. Il faut distinguer dans ces perforations deux cas bien séparés l'un de l'autre.

Si une anse intestinale saine est blessée accidentellement et que la perforation soit peu étendue, peut-être serait-on autorisé à la réduire ; et encore, même dans ces cas, je préférerais suivre la pratique surtout recommandée par les chirurgiens anglais, et sur laquelle je vais appeler l'attention. — Mais si l'anse intestinale est malade, que l'étranglement ait été porté au point de l'altérer profondément, de détruire les tuniques interne et moyenne, si surtout il existe une petite perforation, j'aimerais mieux pincer la portion d'intestion perforée et jeter une ligature autour de ce point, le pédiculiser en un mot.

Cette ligature ferme la perforation, des adhérences sont établies quand la ligature tombe, et l'on peut prévenir ainsi les dangers d'un épan-

chement dans la cavité péritonéale. Si l'on fixe l'intestin, le cours des matières se rétablit moins bien, et jo pense que ce n'est pas là une bonne pratique.

M. VERNEUIL cite le cas suivant : Dans une opération de hernie crurale qu'il a pratiquée à l'hôpital Beaujon, il fit accidentellement une petite ponction à l'intestin : c'était une portion du cœcum qui était comprise dans la hernie. — Par cette petite ouverture sortirent quelques bulles de gaz et quelques gouttelettes de liquide intestinal, d'un blanc laiteux. M. Verneuil, avant de réduire l'anse herniée, appliqua deux points de suture et fixa les bouts du fil au niveau de la plaie.

Pendant les trois premiers jours, tout se passa si bien qu'il s'applaudissait du résultat qu'il avait obtenu : les selles se rétablirent promptement, tous les accidents disparurent, la plaie extérieure se réunit immédiatement.

Au quatrième jour survinrent autour de la plaie du gonflement, de la rougeur, et un empâtement qui prit vite de l'extension ; il se forma en un mot un phlegmon stercoral. La plaie fut désunie ; le pus, mélangé de gaz et de matières fécales, s'échappa en abondance. Le malade succomba le sixième jour à des accidents de péritonite.

A l'autopsie, on trouva que le cœcum avait contracté des adhérences au niveau de la fosse iliaque, et était fixé en cet endroit. La suture n'avait fermé la perforation que momentanément, et quand elle était tombée la plaie s'était rouverte : de là les accidents inflammatoires et l'épanchement des matières stercorales au niveau de la perforation.

On a cité, il est vrai, ajoute M. Verneuil, bien des cas de guérison à la suite de perforation, traités par la ligature, mais on n'a pas rapporté assez de cas de mort ; cela tient sans doute à ce que la plupart des auteurs ont publié leurs succès et non leurs revers. — Aussi, instruit par ce fait, n'hésiterait-il pas, en pareil cas, à pratiquer un anus artificiel.

M. BROCA. Si la perforation était étendue, je partagerais cette opinion, et je n'hésiterais pas à établir un anus contre nature ; mais avec une petite perforation, je ne me résoudrais pas facilement à adopter cette pratique. Que faut-il faire alors ? Trois routes sont ouvertes au chirurgien : ou bien *réduire,* comme l'a fait M. Bauchet ; ou bien *établir une ligature perdue*, à l'imitation des chirurgiens anglais, ou bien *fixer* autour de la plaie, ou dans la plaie, la *ligature*, comme a fait M. Verneuil. Dans un cas semblable à celui de M. Verneuil, quand l'intestin a été blessé par l'instrument tranchant, j'aimerais mieux établir une ligature perdue. Dans d'autres cas, je préférerais chercher

à provoquer des adhérences entre l'intestin et un point voisin de l'ouverture herniaire.

M. Chassaignac me paraît avoir exagéré un peu les dangers de fixer ainsi l'intestin. Voici en effet un cas qui vient détruire, je le crois du moins, ces préventions.

J'ai opéré, rue Ménilmontant, une femme atteinte de hernie crurale, et chez laquelle l'étranglement datait de deux jours. Le taxis n'ayant rien produit, je procédai à l'opération. Après avoir opéré le débridement, j'attirai l'intestin au dehors (ce que je ne fais pas toujours), et je constatai, à la face intérieure de l'anse herniée, une petite perforation : je fis une ligature circulaire, et j'en gardai les deux chefs dans la plaie. Le cours des matières se rétablit promptement, la ligature tomba au huitième jour, et tout allait au gré de nos désirs, lorsque le treizième jour cette femme fut prise de coliques, de vomissements, et elle fit un avortement à deux mois et demi de grossesse. A la suite de ces accidents, elle mourut promptement.

L'avortement a-t-il été provoqué par les accidents de la hernie, ou a-t-il lui-même été la cause de la mort de cette femme ? En résumant par la pensée ce qui s'était passé depuis l'opération, je suis plutôt porté à admettre la seconde hypothèse, et ce fait me paraît devoir être invoqué au point de vue de la pratique, qui consiste, dans un cas semblable, à retenir dans la plaie les deux chefs de la ligature.

M. GIRALDÈS. Lorsque l'intestin est perforé, soit spontanément, soit accidentellement, je pense qu'il est bon de pratiquer la ligature, et je donne la préférence à la suture de Gély (de Nantes). C'est une suture ingénieuse et facile dans son exécution, surtout quand on se sert d'une seule aiguille.

Pendant que je faisais à la Pitié (en 1847) le service d'A. Bérard, j'ai ouvert, dans une opération de hernie étranglée, l'intestin dans une étendue de deux centimètres ; j'ai pratiqué la suture de l'intestin suivant la méthode que j'indique, et le malade a très-bien guéri.

M. GOSSELIN. La question a été nettement posée par M. Bauchet. Que faut-il faire lorsque l'on constate sur une anse intestinale une petite perforation ? Si l'anse intestinale est très-profondément altérée, ou si la perforation est très-étendue, il n'y a pas de doute ; il faut établir un anus contre nature. Mais si l'intestin paraît en bon état, si la perforation est petite, et surtout si elle a été faite accidentellement par la main du chirurgien, le cas est plus difficile, et aucun de nous ne possède assez de faits pour établir des règles certaines et positives pour la pratique.

Pour ma part, dans ces circonstances, j'ai suivi une conduite in-

termédiaire entre celle des chirurgiens qui veulent réduire après ou sans ligature, et celle de ceux qui recommandent d'établir de suite un anus contre nature.

Trois fois j'ai abandonné l'intestin dans la plaie, et sans le réduire. Une fois, il s'est formé une petite fistule stercorale, puis l'intestin s'est réduit spontanément, et la malade a guéri (1). Dans deux autres cas, l'intestin s'est gangréné, et il s'est formé un anus contre nature. Dans un de ces deux cas, la perforation était spontanée; dans l'autre elle avait été le résultat d'une plaie produite par le bistouri.

Je demanderai enfin à M. Bauchet s'il s'est entouré de toutes les précautions pour être bien sûr que les garde-robes ont persisté chez cette femme; s'il s'est mis à l'abri de toutes les causes d'erreur si communes dans ces circonstances; si enfin il s'en est rapporté aux affirmations de la malade ou des personnes qui l'entouraient.

M. BAUCHET. J'ai tâché par tous les renseignements possibles, et pris de toute manière, de m'assurer que les garde-robes avaient persisté depuis le moment où la hernie s'était enflammée. Je n'ai rien vérifié moi-même, mais les commémoratifs étaient si précis, qu'il ne me reste aucun doute sur ce fait.

Quant à la question pratique, elle n'a pas encore fait un pas. Les deux malades de MM. Verneuil et Broca ont succombé après la ligature. Des trois malades de M. Gosselin, l'un, chez lequel la réduction a eu lieu, a guéri; les deux autres ont eu un anus contre nature. Dans l'observation que j'ai rapportée, la malade a succombé à un érysipèle; l'intestin a été réduit sans ligature, et il n'est résulté de cette pratique aucun accident, grâce aux adhérences qui se sont constituées à l'entrée du canal crural. Ces adhérences se forment-elles toujours, même quand l'intestin est réduit sans être maintenu par un fil?

Enfin, lorsqu'une anse intestinale, saine dans le reste de son étendue, présente une petite perforation, faut-il faire une ligature, faut-il réduire, faut-il établir un anus contre nature?

Pour ma part, si pareil fait se présentait encore à mon observation, voici ce que je ferais : Je passerais un fil dans le mésentère, et je le laisserais à l'extérieur, de façon à empêcher l'intestin de quitter la région où il est hernié; je réduirais l'anse intestinale, avec ou sans ligature, suivant la perforation, et au lieu de provoquer les garde-ro-

(1) Dans le compte rendu publié dans la *Gazette des hôpitaux*, il est dit : ..... *la malade a succombé.* C'est une erreur, M. Gosselin a rectifié ce fait.

bes par des purgatifs (ce qui me paraît, en ce cas, une mauvaise pratique), je donnerais à l'intérieur des opiacés, soit par la bouche, soit en lavements. La cicatrice se ferait de cette manière plus aisément, et l'anse intestinale elle-même resterait fixée par des adhérences dans une partie de la cavité abdominale. Ces adhérences peuvent avoir des inconvénients sans doute, mais elles sont salutaires, indispensables ; elles mettent à l'abri d'un épanchement rapidement mortel ; et ne sont-elles pas, du reste, inévitables dans l'établissement d'un anus contre nature ?

— A cinq heures moins un quart, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel, Dr Bauchet.

Séance du 27 février 1861.

Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Voici le dépouillement de la correspondance :

La Société a reçu 1° quatre numéros du *Journal de médecine de Bordeaux*, 1859-1860, in-8°.

2° Le *Bulletin médical de la Société centrale de médecine du département du Nord*. Lille, 1861, in-8°.

3° *Bulletin de la Société impériale de médecine de Marseille*. Janvier 1861, in-8°.

4° *Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure*. Livraisons 189 à 192.

5° *Notice des travaux de la Société de médecine de Bordeaux*, pour 1858, par M. le docteur E. Dégranges. Bordeaux, 1859, in-8°.

6° *Séance annelle de rentrée de l'Académie de Strasbourg*. 1861, in-8°.

7° Wildhagen. *Syphilisationen udfort i Drammens Sygehuus*. Christiania, 1860, in-8°.

— M. le docteur Putégnat, membre correspondant à Lunéville, fait parvenir à la Société dix exemplaires des deux opuscules suivants :

1° *Double rupture complète de l'utérus pendant l'accouchement ; guérison ; nouvelle grossesse ; accouchement facile et heureux*. Bruxelles, 1860, in-8°.

2° *Analyse critique du Traité de la pustule maligne*, de M. Bourgeois (d'Étampes). Bruxelles, 1860, in-8°.

— M. le professeur Soupart, membre correspondant étranger, à Gand, fait hommage à la Société des deux ouvrages suivants :

1° *Chirurgie conservatrice et amputations*. Bruxelles, 1860, in-8°.

2° *Des amputations de la région du cou-de-pied*. Bruxelles, 1860, in-8°.

— M. le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg fait don à la Société des quarante thèses soutenues devant cette Faculté en 1860, et de la table des thèses de 1859.

— A propos de la correspondance, M. Follin lit une observation de M. Closmadeuc. La Société décide que cette observation sera imprimée dans nos *Bulletins*.

On sait qu'il s'agissait d'un jeune conscrit porteur d'un **anévrysme** consécutif à la blessure de l'**artère poplitée** (gauche) par le dard d'une *pastenaque*.

La singulière origine de la blessure, le siége de la cicatrice à la partie interne et inférieure de la cuisse, les symptômes et la marche de l'affection ; les caractères bien tranchés de la tumeur anévrysmale lorsque le malade me fut présenté, tout était de nature à rendre l'observation intéressante.

Les détails qui vont suivre ne méritent pas moins d'être consignés. Dans la première note lue à la Société, l'auteur avait oublié d'indiquer le résultat fourni par la mensuration. Un fil passant par le milieu du jarret et la partie moyenne de la rotule mesurait 0,40 centimètres. A la partie moyenne du mollet, la mensuration donnait 0,33 cent. ; par comparaison aux points correspondants, le membre sain fournissait, 0,36, et 0,32.

Depuis le 28 octobre, date de l'entrée de J... dans mon service, dit M. Closmadeuc, jusque vers le milieu du mois de novembre, nous n'eûmes à constater aucun changement notable : toujours même attitude du membre demi-fléchi, même impossibilité de mouvement, même engourdissement, mêmes signes sensibles révélant d'une façon évidente la tumeur anévrysmale, plusieurs fois par jour, et la nuit, des accès de crampes extrêmement douloureuses dans les muscles du mollet.

Déjà, depuis quelque temps, je faisais trois ou quatre visites par jour à l'hôpital, et chaque fois j'exerçais pendant un quart d'heure ou deux la compression digitale sur l'artère crurale, dans le but d'habituer graduellement le malade à supporter bientôt une compression plus méthodique et plus continue.

Nous en étions là, lorsque le 17 novembre, le malade, en faisant un effort pour déplacer sa jambe, sentit un craquement dans le jarret,

suivi immédiatement d'une douleur très-vive et d'une augmentation dans le volume du membre.

On m'envoie chercher sur-le-champ, et je trouve qu'effectivement la tumeur a augmenté notablement de volume. Le mollet, très-tumé-fié et tendu, est le siége d'une fluctuation manifeste, et le liquide qu'indique cette fluctuation communique avec la tumeur également fluctuante du jarret.

A ce moment la mensuration indiquait une circonférence de 0,41 c. au jarret, et de 0,35 c. au mollet.

Désormais la tumeur anévrysmale était énorme. Elle remontait jusqu'au sommet du losange poplité, et ne s'arrêtait en bas qu'à la partie moyenne et postérieure de la jambe, donnant la sensation d'un kyste fluctuant, à laquelle s'ajoutaient les caractères de l'anévrysme (frémissement, battements isochrones, souffle).

Le cas devenait grave, et j'avais toute raison de redouter des complications plus graves encore.

Je commençai le jour même la compression digitale d'une façon régulière et intermittente. A cet effet, je fis appel aux infirmiers et aux soldats convalescents de mon service, qui se prêtèrent à la manœuvre avec la plus grande complaisance et ne tardèrent pas à y acquérir l'habileté suffisante. Pendant dix jours consécutifs la compression digitale de l'artère fémorale sur le pubis fut pratiquée. On la maintenait continue pendant une heure; puis après une heure de repos, on recommençait ; ainsi de suite depuis le matin jusqu'au soir. Le malade supportait cette compression avec peine. Il fallait le laisser libre la nuit. Des crampes atroces et se reproduisant souvent l'épuisaient.

Pendant ces dix jours, le résultat obtenu était trop peu satisfaisant pour insister plus longtemps sur ce moyen, qui, du reste, semblait avoir quelque influence dans la production d'un œdème considérable du pied.

Tantôt la tumeur devenait un peu moins tendue ; tantôt le malade sentait de nouveau *courir et bouillonner* le sang dans son mollet, et nous retrouvions la tumeur plus dure, augmentée de volume, très-douloureuse ; la peau devenait luisante, et revêtait une teinte terreuse ou violacée, au point que la tension excessive des téguments nous faisait craindre la formation d'une eschare qui aurait amené des accidents d'hémorrhagie mortelle.

Pour mon compte je n'espérais plus rien de la compression, et je préparai le malade à l'idée de l'opération.

La première quinzaine de décembre se passa ainsi : la tumeur san-

guine restait menaçante ; les douleurs étaient continuelles ; le pied s'œdématiait de plus en plus.

Le 15 décembre, dans la nuit, nouveau craquement dans le jarret; aggravation des symptômes ; distension effrayante des téguments, qui sont violets et érysipélateux.

Le malade, se sentant beaucoup plus mal, se décida enfin à l'opération, qui fut pratiquée le 20 décembre en présence de mes honorables confrères les docteur Lagillardaie, de Quéral, Quesmeleuc et Aubert, médecin-major du 43e.

Je choisis la ligature par le procédé de Hunter comme me paraissant la mieux indiquée, et parce qu'il ne m'était pas démontré que l'opération pratiquée au passage de la fémorale dans l'anneau du troisième adducteur fût préférable.

Cette opération a eu les suites les plus heureuses.

A partir de ce moment, le passage du sang dans la tumeur a cessé, et avec lui ont disparu les signes de l'anévrysme, c'est-à-dire les frémissements, les battements isochrones, et le bruit de souffle.

Dès le lendemain, l'énorme tumeur du creux poplité et du mollet était moins tendue, plus dépressible, moins douloureuse.

La circulation collatérale a suffisamment pourvu à l'entretien de la chaleur dans les extrémités, qui n'ont jamais éprouvé de refroidissement.

La réaction fébrile, modérée, a duré cinq jours.

Le quatorzième jour, la ligature tombait.

Le 25 janvier, la plaie de la cuisse est cicatrisée. La tumeur est considérablement diminuée.

Le jour de l'opération, la circonférence du mollet était de 0,44. Aujourd'hui elle n'est plus que de 0,39. La mesure au jarret donnait 0,48. Elle n'est plus que de 0,43. Au bas de la jambe, au-dessus des malléoles, on ne compte plus que 0,20 au lieu de 0,29.

Le malade ne souffre plus. La force et le courage lui reviennent. Il commence à remuer le membre et à étendre la jambe.

On sent bien que la tuméfaction, qui persiste encore au mollet et au jarret, est due à un épanchement fluctuant. Mais ce liquide épanché, qui ne peut guère être que du sang, offre tous les caractères d'un liquide enkysté. Il n'a aucune communication avec les vaisseaux, et se résorbe lentement. Dans le jarret, en dépréciant un peu la tumeur fluctuante, le doigt rencontre un corps très-dur, de la grosseur d'une noix, sur le trajet de l'artère poplitée; il y a là un caillot fortement organisé.

Depuis cette époque, les choses sont restées dans le même état. Il est probable que la résorption de ce sang enkysté s'opérera avec une

très-grande lenteur ; quant à la guérison de l'anévrysme, aucun de nous n'en doute désormais.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit une lettre qui a été adressée à la Société, et par laquelle un confrère de province demande l'opinion de la Société sur un fait qui s'est présenté dans sa pratique.

M. LE SECRÉTAIRE voudrait savoir, avant de faire connaître le nom de notre confrère, si la Société veut donner suite à cette demande.

Il s'agit, comme on peut le voir par la communication de cette lettre, d'un fait qui est porté actuellement devant les tribunaux.

MM. CHASSAIGNAC, BOINET et MOREL disent qu'avant d'engager la Société dans cette voie, le bureau devrait prendre connaissance des pièces et juger s'il est convenable de saisir la Société de ces faits.

M. DEPAUL ajoute que la Société d'a pas le droit de donner son avis, et qu'elle n'a pas qualité pour intervenir dans ces sortes de débats.

La Société, à l'unanimité, passe à l'ordre du jour.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. PRESTAT (de Pontoise) présente un malade qui a été traité d'une *fracture double du maxillaire inférieur*, au moyen d'un appareil en gutta-percha.

Le 1er août 1860, G..., cultivateur, âgé de cinquante-quatre ans, demeurant à Cergy, près Pontoise, revenait de Paris, et dormait assis sur un des chevaux de sa charrette. Il perdit l'équilibre et tomba ; la roue de sa charrette chargée de fumier et pesant environ 2,000 kilos, lui passa sur la face et sur le côté gauche de la poitrine. Cet homme, relevé dans le plus triste état, fut porté à l'hospice d'Argenteuil ; mais doué d'une grande énergie, il voulut être ramené le lendemain chez lui, et fut couché dans une charrette pendant environ 22 kilomètres. Il avait perdu par la bouche une grande quantité de sang.

Lorsque je vis G... le 2 août, à six heures du soir, il était extrêmement affaibli par la perte de sang, la souffrance et le voyage. Je constatai une fracture de la sixième côte gauche, et une énorme contusion du côté gauche du thorax, une luxation de l'extrémité externe de la clavicule et une fracture de la voûte acromiale, et des désordres tellement graves de la face qu'ils dominaient les autres lésions.

Tout le côté gauche du front et de la face, est le siége d'une vaste ecchymose et d'un gonflement énorme ; l'oreille droite est contuse, déchirée ; le conduit auditif est presque fermé par la tuméfaction. La

peau qui recouvre l'arcade zygomatique droite a été coupée, pressée qu'elle était entre l'os et la terre; l'apophyse zygomatique du temporal est disjointe d'avec l'os de la pommette. Une double fracture du maxillaire inférieur avait divisé cet os en trois fragments, un médian et deux latéraux.

La réduction s'opérait facilement en tirant en avant et en haut le fragment médian; mais il était impossible de maintenir la coaptation. Les deux fragments latéraux étaient entraînés en haut par les muscles temporaux, masséters et ptérygoïdiens. Du côté gauche, cette contraction était si forte que l'unique dent située sur ce fragment était serrée contre l'os maxillaire supérieur sans qu'on pût l'abaisser. Le fragment antérieur, au contraire, entraîné par son poids et l'action musculaire, glissait en bas et en arrière au-dessous des fragments latéraux. Notons ici que la fracture du côté droit était oblique d'avant en arrière et de haut en bas, tandis que celle du côté gauche était verticale.

Une circonstance toute particulière ajoutait encore à la difficulté du traitement. La bouche est depuis longtemps dépourvue du plus grand nombre des dents. La mâchoire supérieure n'en a qu'une. A l'inférieure, il n'existe que les dents incisives, canines, deux premières molaires droites, la première et la quatrième molaire gauche. Sur le fragment postérieur droit, il n'y a aucune dent; sur le gauche, la quatrième molaire est heureusement restée solidement enchâssée dans son alvéole, bien que la fracture ait eu lieu à son niveau et que cette alvéole soit largement ouverte par sa face antérieure.

La déchirure des deux nerfs dentaires inférieurs, suite inévitable de la double fracture de la mâchoire, a produit la paralysie du sentiment de la peau du menton et de la lèvre inférieure; les muscles de ces parties ont conservé leur contractilité.

Le premier jour, en présence de la fatigue et de la faiblesse extrême du malade, je dus me contenter d'un simple pansement. Je prescrivis la tisane de tilleul et de feuilles d'oranger, et une potion calmante.

La nuit fut très-agitée.

Le 3 août, je voulus en vain maintenir réduite la fracture; mais malgré une fronde appliquée avec le plus grand soin, le fragment postérieur glissa de nouveau en arrière et en bas. Je dus me contenter de soutenir ainsi très-incomplétement le menton.

Le 4, vers le soir, il survient une vive réaction fébrile, une grande agitation et du délire. La langue se gonfle, se porte en arrière et en haut; il en résulte une grande gêne de la respiration et une impossibilité presque absolue d'avaler. La face, le cou, le côté gauche du

thorax sont très-enflés. — Saignée de trois palettes, qui se couvre immédiatement d'une couenne épaisse.

Le 5, la nuit a été mauvaise ; il y a du délire, de l'agitation continuelle ; le gonflement du cou, de la face, de la langue, n'a pas diminué. La fièvre persiste (112 pulsations). Impossibilité d'avaler. Nouvelle saignée de trois palettes ; lavement purgatif. Je recommande le repos le plus complet, qui jusque-là avait été trop souvent interrompu par des visites.

La journée a été plus calme. Plusieurs évacuations alvines. Le soir, bien que le pouls soit moins fort et moins fréquent, que le délire ait presque disparu, le malade se plaint de vertiges, de bourdonnements d'oreilles. Dix sangsues aux apophyses mastoïdes ; les piqûres saignent trois heures. Dans la nuit, il y eut encore trois garde-robes bilieuses.

Le 6, les symptômes généraux s'amendent, bien qu'il y ait encore de l'excitation et du subdélirium. Le pouls est retombé à 96. Un érysipèle phlegmoneux de la face se déclare ; mais la langue et le cou sont moins enflés, et le malade peut à grand'peine avaler un peu de boisson.

Peu à peu la fièvre, le délire disparaissent ; l'érysipèle se dissipe, mais un phlegmon se localise près de l'oreille droite ; il est ouvert, et fournit un pus abondant.

La gravité de ce cas et la difficulté de maintenir la coaptation m'engagèrent à demander le conseil de M. Morel-Lavallée, qui vint voir G... le 11 août.

Le gonflement énorme des parties molles de la face et celui de la langue ne lui permirent pas de placer ce jour-là son appareil de gutta-percha. Il fut convenu que je continuerais à favoriser le dégorgement des parties molles par des cataplasmes, que je soutiendrais tant bien que mal le menton par une fronde, et qu'au moyen d'un coin en bois j'essayerais de vaincre la contracture du muscle crotaphyte gauche, qui ne permettait pas d'abaisser le fragment postérieur gauche.

Les deux jours suivants (12 et 13) se ressentirent de la fatigue et de la douleur que la tentative d'application de l'appareil avait causées. G..., jusque-là ferme et résigné, devient indocile et se décourage. La déglutition est toujours très-difficile ; la bouche est continuellement baignée de pus, ce qui exige des soins continuels.

Le 14, je réussis à placer entre la dent et le maxillaire supérieur, au lieu du coin qui ne peut tenir en place, un petit cube de gutta-percha présentant à la face inférieure une cavité où est reçue la cou-

ronne de la dent, et creusé à sa face supérieure d'une gouttière où le bord du maxillaire supérieur est logé.

Un nouvel érysipèle survient et oblige de reculer jusqu'au 19 août une nouvelle tentative d'application d'appareil. La langue remplit encore une fois toute la bouche, et permet à peine l'introduction de quelque liquide insuffisant pour soutenir le malade.

Enfin, le 19 août, bien que la manœuvre fût très-difficile au milieu de ce gonflement, et que le malade très-affaibli ne supportât que péniblement cette fatigue, M. Morel-Lavallée réussit à placer son appareil. Ce chirurgien, avec une très-petite vrille, perça, non sans peine, une portion du fragment postérieur droit qui faisait saillie hors de la gencive déchirée, puis, ayant enlacé un fil de fer recuit autour du collet des deux dernières dents de ce côté, il passa dans le trou qu'il venait de percer l'un des bouts, et obtint en le tordant avec l'autre une coaptation exacte de la fracture de ce côté.

A gauche, il entoura avec un autre bout de fil de fer les deux dents canine et première molaire, et la quatrième molaire qui était sur le fragment postérieur; mais, tant à cause de l'intervalle d'un centimètre situé entre les dents par suite de l'absence de deux molaires, que de la contracture du muscle temporal, la coaptation est imparfaite, et les deux fragments ne se touchent que par une petite surface.

L'appareil en gutta-percha fut appliqué assez facilement, puis refroidi par des injections d'eau frappée.

La tendance au déplacement des fragments obligea M. Morel-Lavallée à laisser, contre son habitude, les fils de fer sous son moule. Cette précaution était d'autant plus nécessaire, que, malgré l'appareil et la fronde, on sentait de la mobilité dans la fracture pendant les mouvements de la mâchoire.

Cet appareil apporta dans l'état de G... une notable amélioration. La parole est plus facile, ainsi que la déglutition, et les boissons sont prises en plus grande quantité. Pour nettoyer la bouche du pus qui y coule en abondance, je fais pratiquer avec une seringue de très-fréquentes douches d'eau tiède aromatisée d'eau de Cologne.

Du 20 au 25, un abcès se forme dans la joue droite et est ouvert; un érysipèle se déclare encore sur le front et la joue gauche. De la fièvre, des frissons répétés, de la diarrhée, une extrême agitation et du subdélirium se reproduisent et me donnent de vives inquiétudes.

Le 26, ce cortége de phénomènes si inquiétants cède; la face se dégonfle, la fièvre et la diarrhée cèdent aux opiacés.

Le 27, l'appareil de gutta-percha se soulève à gauche, et la fracture de ce côté est le siége d'une grande mobilité. Je soupçonne que

le fil de fer a glissé sur les couronnes très-usées des dents sur lesquelles il était fixé ; je suis forcé, pour me procurer de la glace, d'attendre au lendemain pour réappliquer un nouvel appareil.

Le 28, j'enlève l'appareil, et je constate en effet que le fil de fer a glissé sur les dents. La fracture de droite est bien maintenue. Je me résous à imiter à gauche ce qu'avait fait à droite avec succès M. Morel-Lavallée. Je perfore avec une petite vrille le fragment moyen à 5 millimètres de son bord supérieur, et à l'endroit où manquent la deuxième et troisième molaire; l'anse de fil de fer est passée dans ce trou, puis tordue trois fois et fixée autour de la dent molaire du fragment postérieur. Je réussis par ce moyen à affronter les deux fragments dans la moitié de leur hauteur, et surtout à diminuer de beaucoup la mobilité. Le moule de gutta-percha fut ensuite placé et solidifié.

Le soulagement fut très-marqué. Pour la première fois G... put avaler du potage épais.

Les jours suivants, le dégorgement des parties molles de la face permit de constater des lésions du squelette de cette région qui étaient restées ignorées. L'arcade sourcilière gauche a été fracturée et refoulée en haut et à gauche. Cette fracture, étendue probablement du côté de la fosse temporale, a dû être cause de la contracture du muscle crotaphyte. L'articulation de l'os malaire gauche avec l'apophyse zygomatique du temporal de ce côté a été disjointe. La mâchoire supérieure a subi une sorte de luxation.

Sous l'influence de l'alimentation, composée de potages, de café au lait, d'œufs, de crème, etc., les forces reviennent.

Le 15 septembre, malgré les injections répétées dans la bouche et le soin qu'on a de les diriger entre les lèvres et l'appareil pour entraîner le pus, la bouche a une odeur fétide. G... me supplie de changer l'appareil de gutta-percha. Je trouve l'esquille du fragment postérieur droit détachée, et j'enlève le fil de fer de ce côté, devenu inutile. Le fil de fer gauche avait coupé le bord supérieur de l'os maxillaire. Comme une adhérence, bien molle il est vrai, empêche le fragment antérieur de reprendre sa tendance au déplacement, je ne cherche pas à replacer le fil de fer. Des bourgeons charnus couvrent la portion de l'os maxillaire, visible de ce côté dans la bouche.

Un troisième appareil en gutta-percha est très-exactement appliqué, et suffit avec une fronde pour maintenir la coaptation précédemment obtenue.

Le 1er octobre, les forces reviennent rapidement. G... affirme que dans le mouvement de la mâchoire pour parler, boire ou manger, la

mobilité des fragments est bien moindre. Le pus coule toujours abondamment par la fistule du menton ou celle de la gencive.

Les plaies de l'oreille droite, celle de la région malaire, se sont lentement guéries sans qu'il y ait eu exfoliation des os dénudés.

Le 12, G... est assez fort pour se rendre à Paris chez M. Morel-Lavallée.

Nous enlevons l'appareil. La mobilité du fragment moyen est encore manifeste, mais il est évident que des adhérences encore molles réunissent les fragments. Les gencives sont saignantes, enflées, douloureuses. Pour leur permettre de reprendre leur état normal, nous convenons de laisser G... sans appareil pendant quelques jours, le menton toujours soutenu par la fronde. En portant un stylet dans les fistules, on rencontre une large surface nécrosée.

Le 16, sur les instances du blessé, qui depuis que l'appareil est supprimé éprouve bien plus de difficultés à parler et à prendre les boissons et les aliments, je place un nouvel appareil en gutta-percha qui embrasse mieux les dents et les gencives que les précédents.

A partir de ce jour, G... ôte matin et soir son appareil pour nettoyer la bouche du pus, et le replace lui-même quelques instants après.

Du 19 au 29, de petites esquilles se présentent aux ouvertures fistuleuses et sont facilement extraites. L'une d'elles forme le rebord d'une alvéole. La surface de la fracture de gauche, qui fait saillie dans la bouche, se couvre de bourgeons charnus et guérit sans exfoliation.

Au commencement de décembre, la solidité de la mâchoire a fait d'assez grands progrès pour que sans appareil le fragment du milieu suive parfaitement les mouvements des branches verticales de l'os maxillaire. G... quitte son appareil de gutta-percha. Il mange facilement des aliments mous, mais je l'engage à s'abstenir de tout essai de mastication qui puisse ébranler la consolidation commençante. Dans le courant de ce mois j'enlève successivement la première molaire et la canine droite, qui ont perdu toute connexité avec leurs alvéoles nécrosées, la dent molaire du fragment postérieur gauche qui frappe sur la mâchoire supérieure et empêche de rapprocher les gencives, et enfin l'unique dent de la mâchoire supérieure, qui, située au niveau de la fracture de droite, en contond la partie molle et donne lieu à de vives douleurs.

Le 24 janvier 1860, une esquille se présente à la fistule buccale. Elle est longue de 2 centimètres et demi, sur 1 de hauteur, formée par la surface interne de l'os maxillaire.

Le 31, les fistules sont complétement fermées.

Quelques jours après j'examine avec soin G... Les fractures de la mâchoire sont consolidées. Celle de droite d'une façon régulière, sans difformité ; celle de gauche avec une différence de niveau de près d'un centimètre, qu'on sent très-bien en passant le doigt le long des bords inférieurs de la mâchoire, et qu'on aperçoit en examinant l'intérieur de la bouche.

La mastication s'opère aussi bien qu'il est possible, quoiqu'elle ait lieu dans une bouche dégarnie de dents ; mais l'alimentation est certainement suffisante, à en juger par le retour d'un embonpoint modéré et des forces du blessé.

La peau du menton est toujours insensible.

La difformité résultant de la séparation des os malaires des temporaux et de la fracture de l'arcade orbitaire gauche, est très-visible.

Le bras a repris une grande partie de ses mouvements, mais est encore gêné dans l'abduction et l'élévation de l'épaule. Néanmoins G... a repris ses travaux, et je pense que peu à peu ce membre reprendra toute sa force.

Ce cas est remarquable par son extrême gravité, par la multiplicité des lésions de la face, la difficulté qu'a présentée la coaptation, et les moyens auxquels il a fallu avoir recours pour la maintenir.

J'appellerai aussi l'attention de la Société sur le service qu'a rendu au malade l'appareil de gutta-percha, qui d'abord a permis d'alimenter le malade menacé de mourir d'inanition, puis a fourni à la mâchoire un point d'appui suffisant pour aider à la consolidation. Celle-ci n'a été si tardive que par suite de la gravité des lésions, et je pense qu'elle n'aurait pas eu lieu aussi favorablement par l'emploi de tout autre appareil.

Sur un renseignement demandé par M. Chassaignac, M. Prestat dit que le trou fait avec la vrille était situé au-dessus du canal dentaire.

Continuation de la discussion sur la réduction dans les hernies.

M. CHASSAIGNAC. Je désire fixer l'attention de la Société sur quelques points importants. Il ressort de ce qui a été dit jusqu'ici, que l'on ne doit point repousser dans le ventre un intestin perforé, si petite que soit la perforation, et l'abandonner pour ainsi dire au hasard. M. Bauchet nous a rapporté un cas où une semblable pratique a été heureuse, et pourtant M. Bauchet ne reviendrait plus (il nous l'a dit lui-même) à un pareil procédé.

Voilà donc un premier résultat important que cette discussion nous a donné. Mais il y a un autre point sur lequel je veux aussi insister. Faut-il, avant de réduire, et quand l'étranglement a été levé, attirer

l'intestin au dehors, et l'examiner attentivement? Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative.

M. Broca n'agit pas toujours ainsi, nous a-t-il dit, et pourtant le fait qu'il a rapporté vient tout à fait à l'appui de ma proposition. Si l'intestin paraît en très-bon état, cette pratique n'offre aucun inconvénient; elle est rigoureusement indispensable quand l'état de l'intestin laisse quelques doutes dans l'esprit. Dans tous les cas, il faut examiner avec soin l'anse intestinale avant de la réduire, et par conséquent s'assurer que l'étranglement n'a rien détruit. Enfin, dans le cas où il existe une perforation, je ne crois pas qu'on doive se borner à appliquer une suture autour de la solution de continuité, et à retenir à l'extérieur les fils de cette suture : l'intestin n'est pas assez solide pour fournir aux fils un point d'appui résistant, et je pense qu'il faut aussi passer une anse de fil à travers le mésentère, pour retenir, près de l'anneau interne, l'anse intestinale que l'on vient de suturer et de réduire.

M. VERNEUIL pense comme M. Chassaignac qu'il n'y a aucun inconvénient à attirer à l'extérieur l'anse intestinale que l'on va réduire, afin de s'assurer si elle est dans un état d'intégrité parfaite. Dans une opération qu'il a pratiquée, il a eu à regretter de ne pas avoir suivi ce précepte.

Après avoir ouvert le sac, l'intestin était dans un état si parfait, qu'il était presque fâché d'avoir décidé si vite cette opération. L'anse herniée était tout à fait saine, et l'étranglement levé, il ne crut pas nécessaire de l'attirer au dehors. Mais au moment même où il procédait au pansement, l'issue d'une grande quantité de matières stercorales vint lui démontrer qu'il existait une perforation. L'agent constricteur avait promptement coupé l'anse intestinale, et, comme l'a bien dit M. Chassaignac, l'ulcération était cinq ou six fois plus large du côté de la muqueuse que du côté de la séreuse.

Cette pratique est-elle admise par tous les chirurgiens ? Je puis en douter : en 1839, M. Velpeau prescrivait de ne pas attirer l'intestin au dehors dans tous les cas ; Ph. Boyer ne l'attirait jamais. Je ne puis partager cette opinion.

On pourra objecter sans doute que ces légers efforts pour amener l'anse intestinale au dehors pourront compléter une perforation, quand elle n'est pas déjà toute formée. Mais le chirurgien ne va pas tirer sur l'intestin au point de le déchirer, s'il ne l'est déjà, et si ces légères tractions peuvent être suffisantes pour produire une perforation, celle-ci ne se serait-elle pas produite ultérieurement, et ne vaut-il pas mieux cent fois établir de suite un anus artificiel, que de redouter les dangers d'un épanchement dans la cavité péritonéale?

Si maintenant, ajoute M. Verneuil, la perforation est petite, que faut-il faire? faut-il réduire l'intestin? M. Bauchet vous a déjà dit que telle n'était pas son opinion, et bien que Lawrence, dans son *Traité des hernies* (1818), ait avancé que l'anse intestinale restait près de l'anneau et y contractait des adhérences, je ne m'en rapporterais pas à la nature, et je ne réduirais pas sans précaution une anse perforée. La suture a été rarement pratiquée chez l'homme. Pour qu'elle offre des chances de succès, il faut qu'elle soit appliquée sur une partie saine de l'intestin, et pour éviter des tractions dangereuses, un fil passé dans le mésentère offrirait une plus grande sécurité, et n'empêcherait pas les mouvements de l'intestin.

Mais, pour moi, une question domine toutes les autres, c'est celle de l'établissement d'un anus contre nature, et dans ce cas, l'anus une fois établi fait-il débrider l'intestin?

M. VELPEAU pense qu'il faut toujours, et dans tous les cas, examiner attentivement l'anse intestinale que l'on va réduire.

J'ai insisté, continue M. Velpeau, sur les perforations déterminées au niveau de l'étranglement, et j'ai montré que, dans bien des cas, alors que l'anse intestinale paraissait saine, l'agent constricteur avait pu la couper en travers, et même dans une grande étendue.

Toutes les fois qu'on établit un anus contre nature, il faut ouvrir largement l'intestin, et n'opérer aucun débridement, sans attirer l'anse herniée et sans la repousser. Quant aux cas où il existe de *petites perforations* sur une anse intestinale saine d'ailleurs dans tout le reste de son étendue, j'ai suivi une pratique qui m'a donné cinq succès, deux à l'hôpital de la Pitié, et trois à la Charité. Les deux premiers sont rapportés dans mon *Traité de médecine opératoire*. Pour l'un, il existait trois petites perforations spontanées; pour l'autre, l'intestin avait été blessé dans une étendue de 7 ou 8 lignes. Parmi les trois opérés de la Charité, et qui sont guéris comme ceux de la Pitié, M. Piachaud a publié l'observation de l'un d'eux, et a rapporté les considérations qui m'avaient déterminé à agir ainsi, et l'explication que j'ai donnée des phénomènes qui ont dû se passer après cette réduction. L'intestin reste dans la fosse iliaque et y contracte des adhérences; d'autre part, l'anse intestinale, distendue par des gaz, revient sur elle-même, la perforation se ferme, et la cicatrisation s'opère sans qu'il se produise d'épanchement dans la cavité péritonéale.

Voilà ce que j'ai fait; voilà les cinq succès que j'ai obtenus; mais je ne veux pas recommander cette pratique comme exemplaire; elle peut être dangereuse dans beaucoup de circonstances. Il faudrait pour être autorisé à agir ainsi, que l'intestin fût parfaitement sain

dans tous les points où n'existe pas de perforation ; il faudrait que les perforations fussent très-circonscrites, très-petites, et surtout très-nettement limitées ; il faudrait aussi que l'on eût quelques raisons de supposer que l'anse intestinale herniée appartient à une portion du jéjunum, rapprochée de l'estomac, et que, par conséquent, on eût tout à redouter de l'établissement d'un anus contre nature.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEGUISE présente une pièce de **polype naso-pharyngien** qu'il a opéré. Cette pièce sera disséquée avec un grand soin, et présentée de nouveau à la Société.

M. Deguise remettra une observation détaillée sur la maladie, sur cette opération, et sur la description de la pièce.

— A cinq heures la Société se forme en comité secret, pour entendre le rapport de M. Gosselin sur les titres des candidats à la place de membre titulaire, déclarée vacante.

La séance est levée.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 6 *mars* 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Suite de la discussion sur les hernies.

M. BOINET a retrouvé dans ses notes l'exposé de la pratique de Sanson, et il croit qu'elle est très-bonne à suivre. — Faut-il réduire un intestin qui présente une petite perforation ? — Dix-neuf fois sur vingt, disait Sanson, vous aurez des accidents ; et ces accidents ne seront pas seulement à redouter quand vous aurez reconnu cette perforation, mais même quand l'état de l'intestin peut vous faire craindre ou soupçonner l'existence de ces ouvertures. Sanson ne réduisait pas dans ces circonstances, et alors, ou bien il s'établissait un anus contre nature, ou bien l'intestin rentrait, la perforation s'oblitérait ou ne se produisait pas, et il ne survenait pas d'accidents.

Enfin Sanson recommandait expressément de toujours examiner l'anse herniée, de toujours s'assurer de l'état de l'intestin avant de réduire.

M. RICHET. Il me semble que nous sommes bien près d'être tous

d'accord sur ce point : qu'il ne faut pas réduire sans précautions un intestin qui présente une ou plusieurs petites perforations, alors que le reste de l'anse herniée est parfaitement sain.

M. Velpeau me paraît abandonner cette pratique, puisqu'il nous a dit, en nous rappelant les cinq succès qu'il a obtenus, que cette conduite n'était pas sans dangers, et qu'il ne la donnait pas comme exemplaire. Non-seulement cette pratique n'est pas sans dangers, mais elle peut être suivie des accidents les plus graves, alors même qu'il n'y a pas encore de perforation de l'intestin, mais que la constriction a été portée assez loin pour altérer profondément la structure des parois de l'anse herniée. Le travail de désorganisation continue même après que l'étranglement est levé et que l'intestin a été repoussé dans la cavité abdominale. C'est ce qui s'est passé dans le fait que nous a rapporté M. Bauchet.

Voici une observation qui vient à l'appui de ma proposition, et que M. Velpeau pourra se rappeler, attendu que M. Velpeau a opéré le malade.

C'était un jeune homme, externe du service de M. Velpeau, pendant que j'étais attaché en qualité d'interne au service de notre excellent maître.

Ce jeune homme fut pris, un dimanche matin, après déjeuner, de coliques très-vives ; il voulut aller à la garde-robe, mais il ne rendit rien ; les coliques continuèrent et il rentra chez lui, où il se mit au lit. Les vomissements survinrent, et il me pria d'aller le voir. Je disséquais alors dans le pavillon de M. Després, et tous deux, M. Després et moi, nous nous rendîmes auprès de ce jeune homme. C'était un garçon vigoureux, bien constitué. Nous fîmes quelques tentatives de taxis qui furent inutiles, et nous priâmes M. Velpeau de venir voir le malade. M. Velpeau décida que l'opération devait être pratiquée, et il la fit immédiatement. L'étranglement remontait au plus à dix ou douze heures. L'intestin était déjà altéré, noirâtre, mais il ne présentait aucune perforation ; il fut réduit. Tout alla bien d'abord, mais au quatorzième jour il survint tout à coup des accidents de rupture intestinale, une péritonite suraiguë se déclara, et ce jeune homme succomba très-promptement.

J'obtins de la famille l'autorisation de faire l'autopsie, et je la pratiquai avec M. Després. Le point où avait eu lieu l'étranglement était aminci ; l'intestin, à ce niveau, avait contracté des adhérences avec le péritoine de la fosse iliaque, et entre ces adhérences il s'était formé des fausses membranes et du pus. A cet endroit avait eu lieu une petite fissure qui avait déterminé cette péritonite foudroyante.

Au moment où se produit l'étranglement, suivant que la constric-

tion est plus ou moins forte, la circulation est plus ou moins vite arrêtée, et l'exhalation séreuse qui se produit dans ces circonstances, ainsi que l'a établi M. Bouillaud, peut être plus ou moins rapide. Lorsque la circulation est entravée, il y a d'abord stase sanguine, puis exhalation de sérosité, et c'est ainsi que M. Demeaux a expliqué l'existence des collections séreuses après l'étranglement. Or, l'étranglement levé, la circulation peut se rétablir sans doute, mais le travail ulcératif peut aussi continuer.

Le fait que je viens de rappeler était dans ce dernier cas. En voici un autre que j'ai recueilli tout récemment dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, et qui mérite aussi de fixer votre attention.

Une femme portait une hernie qui s'étrangle tout à coup le dimanche soir. Le lundi, un médecin est appelé, il fait des tentatives de taxis, qui restent sans résultat. La femme est apportée à l'hôpital le lundi à six heures du soir; on fait de nouvelles tentatives pour faire rentrer la hernie, et comme les internes n'obtiennent rien, ils me font prévenir, et j'arrive à neuf heures du soir.

C'était une hernie crurale droite, volumineuse. Je fis immédiatement la kélotomie. Dans le sac existait un épanchement séro-sanguinolent; je débridai, j'attirai l'intestin au dehors (c'est ma pratique constante), il n'y avait pas de perforation, et bien que l'anse herniée fût un peu noirâtre, érodée légèrement à sa surface, je ne vis pas de contre-indication à sa réduction, et je la repoussai dans le ventre. Je donnai un purgatif, et tout alla bien.

Cette femme fut prise d'un érysipèle et succomba à cette grave complication.

A l'autopsie, faite avec le plus grand soin, nous avons trouvé que l'anse intestinale avait contracté des adhérences au niveau de l'ouverture supérieure du canal crural. En décollant et détachant ces adhérences nous avons vu des fausses membranes entre l'intestin et le péritoine pariétal, et au milieu de ces fausses membranes un petit foyer purulent; il y avait eu une péritonite qui s'était bien localisée, mais qui, en ce point, avait produit du pus.

Dans l'anse intestinale il y avait du sang noirâtre, altéré, et la muqueuse était ulcérée profondément; une valvule conniventе avait même disparu. Grâce aux adhérences, l'intestin n'était pas ouvert dans la cavité abdominale, mais il y avait du pus, et peut-être auraient pu se présenter chez notre opérée les accidents formidables que j'avais vus chez le jeune homme dont je vous parlais il y a un instant.

Quand donc l'intestin n'est pas perforé, qu'il présente seulement des altérations superficielles, des érosions, je le repousse doucement,

avec précaution, dans la cavité abdominale, et je le laisse près de l'anneau interne. S'il est ulcéré, je le retiens au dehors, et je préfère une suture faite sur la convexité de l'intestin et dans laquelle est aussi compris le sac, à un fil passé dans le mésentère, qui ne peut que gêner la circulation intestinale.

Je n'ai pas peur de l'anus contre nature. Un certain nombre guérissent spontanément; pour d'autres la chirurgie possède maintenant assez de ressources pour parvenir à les fermer ultérieurement. J'ai dans ce moment dans mes salles un malade qu'ont vu MM. Bauchet et Verneuil, et chez lequel j'ai coupé dix centimètres d'intestin, et il est presque guéri. Je signalerai en passant ce fait au point de vue de l'étranglement. La constriction fut si forte, et elle porta si bien sur le cordon, que celui-ci fut coupé et que le testicule tomba en gangrène.

J'ajouterai que, pour moi, la suture ne me paraît pas une bonne pratique. Autre chose est de faire une suture sur une anse intestinale blessée accidentellement, ou sur une anse ulcérée. Aussi, dans ce dernier cas, la suture n'a-t-elle pour but que de retenir l'anse herniée et de l'empêcher de rentrer dans la cavité abdominale.

M. JARJAVAY a écouté avec beaucoup d'intérêt la discussion qui s'est élevée au sein de la Société. La question lui a paru prendre plus de clarté au moment où M. Velpeau a établi la distinction entre les ouvertures qui ont une certaine étendue et celles qui sont comme de petits pertuis au niveau d'un étranglement circulaire, l'anse herniée étant d'ailleurs parfaitement saine. On ne rencontre guère cet état que dans quelques variétés de hernie crurale. Ce n'est que de ces pertuis que veut parler M. Jarjavay.

D'après ce chirurgien, on ne doit pas chercher à tirer au dehors l'intestin hernié dans les hernies crurales qui sont comme marronnées, par conséquent petites et ne renfermant qu'un coude de l'intestin; l'anneau constricteur détermine quelquefois dans ces cas un étranglement comme le ferait un fil. C'est au fond de cette rainure circulaire dont les bords sont froncés que se produisent les petites ouvertures dont il est question. Il est très-difficile de les apercevoir au fond de ce sillon et de ces plis.

Il est persuadé que quelquefois on a réduit, sans le savoir, des anses herniées qui étaient dans cet état. Des tractions pour ramener l'intestin au dehors lui semblent devoir produire la petite ouverture en déplissant le fond de la rainure circulaire. Il présente à cette occasion une anse intestinale appartenant à la partie inférieure de l'intestin grêle, et qui n'a d'autre altération qu'une dépression circulaire au ni-

veau de l'étranglement, et au fond de laquelle, au moyen de tractions, on aperçoit un pertuis qui admettrait la tête d'une épingle.

Une pareille anse réduite lui paraît avoir son danger, non pas dans le pertuis, mais dans l'usage de l'huile de ricin, que l'on administre habituellement après la réduction. Chez la malade d'où vient l'anse intestinale qu'il a montrée, il n'y avait eu aucun accident après la réduction; mais à peine, quelques heures plus tard, le purgatif fut-il administré, que se déclarèrent subitement les symptômes d'une péritonite suraiguë, qui fit en une demi-heure périr l'opérée.

Dans une tournée que j'ai faite l'année dernière dans plusieurs écoles secondaires de médecine, ajoute M. Jarjavay, j'ai entendu M. Letenneur, chirurgien de l'hôpital de Nantes, dire qu'il ne donnait pas habituellement de purgatif après l'opération de la hernie étranglée, et qu'il n'en avait pas moins de nombreux succès. Je songeai alors au cas que j'avais observé l'année dernière, et je me suis demandé si l'usage du purgatif n'a pas été fatal à mon opérée. Qui plus est, la contraction de la paroi de l'intestin, déterminée par l'usage du médicament, ne pourrait-elle pas produire le pertuis, alors qu'il a été ménagé par l'absence de tractions sur l'intestin pendant la kélotomie? Aussi je proscrirais volontiers les purgatifs dans ces cas de hernie étranglée où la partie de l'intestin qui est sortie est très-petite et où la constriction est extrême.

M. GUÉRIN ne pense pas que l'on puisse comparer le fait de M. Bauchet avec les cas rapportés par M. Velpeau. Or, les faits de M. Velpeau ne lui semblent pas de nature à autoriser la réduction d'un intestin ouvert par la gangrène, surtout lorsque le sac est plein de pus; il blâme aussi l'introduction du doigt dans le ventre.

Quand un intestin est gangréné, il ne faut jamais le réduire; il faut établir un anus contre nature, et dans ces cas le débridement est non-seulement inutile, mais plutôt dangereux.

Toutes les fois qu'on veut établir un anus contre nature, il ne faut pas attirer l'intestin à l'extérieur; il faut respecter les adhérences qui existent déjà; il ne faut l'attirer que dans le cas où l'on se propose de réduire. On pourra achever de produire des déchirures qui sont encore incomplètes? Tant mieux : il vaut mieux voir ces perforations que de les laisser s'établir dans le ventre.

M. Jarjavay, continue M. Guérin, nous a dit que les pertuis étaient difficiles à voir, qu'ils étaient quelquefois cachés au niveau des replis formés par la constriction : raison de plus pour les chercher, et pour examiner avec soin s'il ne s'échappe point de bulles de gaz, s'il ne s'écoule point de liquides intestinaux.

L'intestin gangréné a, du reste, une consistance caractéristique, bien différente de sa consistance normale.

Enfin, M. Guérin s'élève contre la proscription des purgatifs, que M. Jarjavay a formulée dans ce qu'il nous a dit.

M. BAUCHET fait remarquer à M. Guérin que, dans le cas dont il a entretenu la Société, il ne s'agissait pas d'une anse intestinale gangrénée, mais bien d'une portion d'intestin parfaitement saine dans toute son étendue, excepté dans un point très-limité, où existait un pertuis qui aurait à peine admis une pointe d'épingle; que ce fait doit être entièrement rapproché de quatre des faits de M. Velpeau. Il en excepte un, celui dans lequel la perforation a été faite par le bistouri. Qu'il s'agissait, en un mot, d'une hernie enflammée et consécutivement étranglée. Or cette inflammation explique la présence du pus.

M. Bauchet ajoute qu'il est loin de conseiller d'introduire le doigt dans le ventre; il n'a voulu, comme on le voit dans l'observation, que s'assurer que l'étranglement était levé.

La pièce que M. Jarjavay vient de montrer à la Société est tout à fait semblable à celle que M. Bauchet a eue sous les yeux lors de l'opération.

M. JARJAVAY. J'ai l'honneur de faire remarquer à mon honorable collègue M. Guérin qu'il n'a pas bien compris le sens de mes paroles. J'ai eu la précaution de limiter les observations que j'ai faites devant la Société aux variétés de hernies dans lesquelles une petite anse est fortement étranglée; cas dans lesquels l'anneau produit une constriction circulaire tout à fait linéaire, *sans gangrène du reste de l'intestin*, comme on le voit sur la pièce que j'ai entre les mains.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC présente un jeune homme auquel il a **désarticulé la cuisse** il y a quatre à cinq mois, à la suite d'accidents déterminés par une ostéo-myélite.

Ce jeune homme est parfaitement guéri.

M. Chassaignac se borne pour le moment à présenter le malade, qui va prochainement quitter son service, et il fera ultérieurement sur ce sujet une communication détaillée.

— M. BLOT présente un enfant âgé de quatre à cinq mois, et qui offre sur le **pariétal droit une dépression** déterminée pendant le travail de l'accouchement. Ce fait doit être rapproché de celui dont M. Depaul a récemment entretenu la Société.

La mère de cet enfant a un rétrécissement du bassin, et il y a trois ou quatre ans, M. le professeur Dubois, pour la délivrer, dut pratiquer la céphalotripsie. On lui avait recommandé de se présenter à la Clinique à sept mois de grossesse, si elle devenait encore enceinte. Elle vint lorsqu'elle était grosse de huit mois. On provoqua l'accouchement prématuré, et on put amener l'enfant vivant, grâce à cette dépression qui a permis le passage de la tête. Cette dépression montre encore quelle force de traction a dû être employée.

— M. DANVÉ, médecin aide-major à l'artillerie de la garde, présente un **enchondrome du testicule,** opéré le 5 mars 1861 par M. Godard, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles.

Le nommé L..., infirmier militaire, âgé de vingt-six ans, est au service depuis six ans. Il n'a jamais eu de maladie vénérienne. Il n'a jamais reçu le moindre coup sur le scrotum; il n'a même jamais souffert dans cette région. A l'âge de huit ans il a été atteint d'une méningite dont il a parfaitement guéri.

Il est d'une constitution robuste, quoiqu'un peu lymphatique. Son père et sa mère n'ont jamais été malades. Ses frères et sœurs se portent parfaitement.

Pendant la campagne d'Italie, le 1er juin 1859, L... s'aperçut qu'il avait une petite tumeur dure, mais indolente, à la partie externe et inférieure du testicule droit. On lui fit porter un suspensoir. Depuis ce jour, la tumeur a grossi sans jamais causer la moindre douleur.

Le 24 juin 1860, le malade, gêné par le volume de la tumeur et son poids, entre à l'hôpital de Versailles dans le service de M. Godard, médecin en chef.

Pendant vingt-neuf jours, le malade est soumis aux mercuriaux et à la teinture d'iode extérieurement, et à l'iodure de potassium comme traitement interne. La tumeur grossit toujours. Il y a quelquefois des douleurs lombaires, mais jamais testiculaires.

Après être sorti du service le 23 juillet, il y rentre le 10 août, et demande instamment à être débarrassé de sa tumeur. Comme il n'y avait plus de douleurs, M. le médecin en chef continue l'iodure de potassium et les frictions fondantes, et temporise avant d'en venir à une opération. Le malade demande à sortir après quarante jours de traitement.

Enfin, le 12 janvier 1861, la tumeur a pris un tel développement que L... ne peut plus faire son service sans grande difficulté, et M. Godard se décidant à l'opérer, il rentre à l'hôpital.

Le 4 février, la tumeur présentait les caractères suivants : grand diamètre, 11 centimètres; diamètre transversal, 8 centimètres. Le

cordon est un peu plus gros que celui du côté gauche. Il n'est pas douloureux à la pression.

Le testicule est d'une dureté extrême. Son poids est énorme. Il ne présente aucune bosselure. La tumeur est uniformément ovoïde, à convexité antérieure et à concavité postérieure. La partie inférieure est moins dense que la supérieure. On y sent quelques points ramollis, et tout fait supposer que c'est l'épididyme. Il y a une douleur obtuse à la pression en cet endroit seulement. Tout le reste de la tumeur est indolent. Il n'y a pas de transparence.

Le testicule gauche est sain, et comme le droit occupe presque tout le scrotum, le gauche remonte un peu dans l'anneau. L'absence de maladie vénérienne, d'orchite soit blennorrhagique, soit traumatique, de bosselures, de douleurs, de transparence, la localisation dans un seul testicule, rendent le diagnostic difficile. M. Godard, tout en prononçant le mot d'enchondrome, émet des doutes sur la partie affectée de cartilaginification ou d'ossification. Avions-nous affaire à un de ces prétendus états cartilagineux de la tunique vaginale, suites d'hydro-hématocèles, à ces fausses membranes si denses qui tapissent la paroi interne de la tunique vaginale, états si bien décrits dans le travail de M. Gosselin inséré dans les *Archives* de 1853, ou bien la dégénérescence siégeait-elle dans le testicule lui-même?

Le 5 février, M. Godard commence l'opération, suivant les préceptes donnés par M. Gosselin, par une ponction exploratrice. Si un liquide, soit sanguinolent, soit brunâtre, s'était écoulé, on aurait continué l'opération par l'incision de la poche et l'énucléation avec section de la fausse membrane. Mais le trocart rencontre un tissu résistant, et il ne s'écoule que quelques gouttes d'un sang bien fluide. M. Godard nous annonce alors qu'il s'agit d'un enchondrome du testicule, et immédiatement opère la castration avec la ligature du cordon faite en masse. Le malade a été soumis au chloroforme.

La tumeur pèse 310 grammes.

Son grand diamètre est de 10 centimètres et demi; son petit diamètre est de 8 centimètres.

A la partie supérieure et postérieure, on trouve le cordon, dont il est difficile de séparer les éléments au milieu d'un tissu dégénéré. Il est sain à l'endroit de la section. Mais dans la cavité du cordon épididymaire, on trouve une matière ramollie, grisâtre. Les adhérences de l'épididyme avec le testicule contiennent du tissu jaunâtre avec des éléments fibreux et quelques points purulents. A la portion externe de la tête épididymaire, on rencontre une tumeur de la grosseur d'une noix contenant du tissu fibreux mélangé d'un grand nombre d'éléments amorphes de nature colloïde. Tout le corps de l'épididyme

semble avoir commencé la maladie, car il présente plusieurs points ramollis.

La presque totalité de la tumeur est formée par le testicule lui-même. Il est complétement transformé en tissu cartilagineux. La tunique albuginée est convertie en un feuillet fibreux très-mince. On voit et on sent des pointes très-dures sur toute la superficie du testicule; ces pointes ne pouvaient être senties avant l'opération, probablement à cause de l'épaisseur de la tunique vaginale. La partie inférieure du testicule se termine par une tumeur cartilagineuse offrant à l'extérieur un sillon de séparation, mais faisant corps à son centre avec le testicule lui-même.

La tumeur est divisée par sa partie antérieure et convexe. On voit alors une masse de noyaux cartilagineux séparés par des tractus rougeâtres. Leur forme vermicellée fait supposer qu'il s'agit des vaisseaux séminifères ; mais quelle portion de ces tubes s'est ainsi transformée? Ces noyaux occupent toute la substance du testicule dans les deux tiers supérieurs, et présentent une coloration blanche et rose. Dans le tiers inférieur, la tumeur est moins dure, l'élément cartilagineux est moins abondant. La coloration est légèrement jaunâtre ; elle est due probablement à du tissu fibreux au centre duquel il se trouve de la fibrine résultant d'une ancienne hémorrhagie, peut-être aussi une dégénérescence graisseuse.

A l'examen microscopique, pour lequel M. Houel a bien voulu nous prêter son concours, on trouve des cellules cartilagineuses contenant la plupart trois noyaux qui eux-mêmes renferment des éléments; quelques cellules plus larges et moins régulières contiennent jusqu'à dix de ces noyaux. A côté de ces cellules, on voit aussi du tissu fibreux, quelquefois seul, quelquefois mélangé.

M. Paul Dauvé fera connaître ultérieurement les particularités intéressantes qui pourraient se présenter.

M. BROCA ne voudrait pas que l'on fût si affirmatif sur le siége de ces éléments flexueux, tortueux, que l'on rencontre dans la tumeur. Il ne faut pas dire aussi nettement que les tubes séminifères soient le siége de ces dépôts cartilagineux. Dans une pièce de M. Paget, où l'on trouvait aussi cette disposition flexueuse, tortueuse, les tubes, semblables à ceux-ci, se continuaient très-manifestement avec les vaisseaux lymphatiques.

— M. DEPAUL a opéré à l'hôpital des Enfants assistés **un bec-de-lièvre unilatéral,** mais compliqué de la division de la voûte palatine, par le procédé dont M. le docteur Henry (de Nantes) a entretenu la Société. L'enfant fut pris de convulsions le lendemain de l'opération,

et succomba. M. Depaul présente la pièce sur laquelle existe encore la suture qui a été pratiquée. On voit que la lèvre est bien restaurée. — M. Depaul présentera de nouveau cette pièce dans une autre séance, après l'avoir complétement disséquée.

— M. GOSSELIN présente un exemple remarquable de **goître suffocant.**

Voici la note qui a été remise par M. Gosselin.

Goître suffocant cancéreux à forme galopante; asphyxie. Tentative infructueuse de trachéotomie.

La nommée Fanny D..., âgée de vingt-deux ans, domestique, née à Burtigny, canton de Vaud (Suisse), fille, est entrée le 1er mars 1861. — Morte le 4 mars. — Autopsie le 6 mars.

Antécédents. — Cette jeune fille, d'un tempérament lymphatique, paraît néanmoins assez robuste; réglée à dix-sept ans, ses règles ont toujours été très-régulières, mais peu abondantes et peu colorées; elle a eu quelques pertes blanches.

Il y a huit ou dix ans, elle a eu sous la mâchoire inférieure un engorgement qui paraît avoir été ganglionnaire et qui s'est terminé par suppuration; les cicatrices, qui sont très-marquées à cet endroit, ressemblent beaucoup à des cicatrices d'abcès froid.

En 1859, au mois de novembre, elle a eu, dit-elle, une fièvre muqueuse qui dura un mois. *Il y a trois mois*, elle s'aperçut pour la première fois qu'elle avait au côté droit du cou, mais près de la ligne médiane, une tumeur grosse environ comme un œuf de poule. Cette tumeur n'était pas douloureuse, et ne gênait la malade ni pour respirer ni pour avaler; elle ne s'en occupa pas autrement. *Il y a environ trois semaines*, elle fut tout à coup prise de suffocation et de difficulté de déglutition; la tumeur avait augmenté de volume, mais toujours sans douleurs et sans phénomènes inflammatoires; c'est alors qu'elle vint nous consulter, et que nous lui conseillâmes d'entrer dans notre service.

État actuel. — La tumeur occupe sous le sterno-mastoïdien une étendue transversale de 0,14 centimètres. Il existe sous le sterno-mastoïdien gauche une tumeur qui peut-être fait corps avec la tumeur principale, mais qui peut-être aussi en est parfaitement distincte, et constitue une masse ganglionnaire.

La tumeur droite dépasse la ligne médiane; elle est divisée en deux parties qui paraissent distinctes l'une de l'autre; la plus interne est dure, lisse, arrondie; la plus externe est bosselée et plus molle, et paraît divisée en deux lobules. — La respiration est bruyante, les inspirations sont longues et fortes; elles ont une durée moyenne d'une

seconde et demi ; on en compte vingt-neuf par minute. Dans la déglutition, on constate aisément avec les yeux et les doigts que la portion médiane de la tumeur monte avec le larynx ; quant à la portion latérale droite (celle qui est bosselée), son ascension n'est pas aussi évidente : ce qui, malgré la continuité apparente de cette portion avec le reste, peut faire naître l'idée de ganglions cervicaux tuméfiés surajoutés, concurremment avec une tumeur du corps thyroïde. Il en est de même pour les deux lobules du côté gauche, qui paraissent plus distincts de la tumeur. On aperçoit, à environ 2 centimètres de la ligne médiane, une grosse veine longitudinale très-dilatée, probablement la jugulaire antérieure, et une autre de même en dehors (jugulaire externe).

La malade peut manger ; mais elle fait des efforts considérables de déglutition, et accuse elle-même une gêne notable pour exécuter cette fonction.

La dureté excessive de la tumeur dans tous ses points éloigne l'idée de kyste, et une ponction exploratrice faite le 1er mars confirme cette opinion.

Le 2 mars, la section sous-cutanée successive des deux faisceaux du sterno-mastoïdien à son insertion claviculaire est pratiquée, mais une petite insertion du côté gauche paraît avoir persisté. Cette opération est faite en vue de donner, s'il est possible, plus de liberté à la tumeur, et de remédier ainsi à la suffocation qui augmente sensiblement.

Le 3, la suffocation n'a pas sensiblement augmenté, mais reste toujours assez stationnaire pour donner des inquiétudes ; les inspirations continuent à être fréquentes, longues et bruyantes.

Le 4, la suffocation est plus grande ; les lèvres présentent un aspect violacé ; l'anxiété augmente ; à l'auscultation, on entend, comme les jours précédents, le murmure respiratoire affaibli, et de plus, des râles muqueux dans toute l'étendue de la poitrine. Nous pratiquons une incision d'environ 3 centimètres sur la ligne médiane, et nous opérons le débridement à droite et à gauche des muscles sterno-hyoïdiens, en vue de donner plus de liberté à la tumeur. Nous faisons ensuite une incision cruciale sur la portion médiane de celle-ci, et nous cautérisons avec le nitrate, acide de mercure. Nous ne nous servons pas de la fourchette ni des épingles de Bonnet, parce que la tumeur ne paraît pas s'enfoncer derrière le sternum. Un fil quadruple est passé transversalement dans l'épaisseur de la tumeur, tant pour en provoquer la suppuration que pour la tirer en dehors. Mais quelles que soient la direction et la force de la traction, on ne modifie en rien la respiration.

Le 4, à 4 heures du soir, nous trouvons la malade encore plus gênée pour respirer que le matin. L'asphyxie a fait de sensibles progrès. Le pouls est accéléré et affaibli ; la mort paraît prochaine. Nous tentons alors, comme dernière ressource, la trachéotomie. Agissant d'abord sans trop renverser la tête en arrière, pour ne pas allonger ni rétrécir la trachée, nous prolongeons l'incision médiane faite le matin, et nous incisons la portion médiane de la tumeur, dont le tissu est ferme et par places infiltré de matière calcaire qui résiste à l'action du bistouri.

Nos tentatives n'étant point suivies de succès, et l'asphyxie faisant sous nos yeux des progrès considérables, une sonde est introduite facilement dans le larynx pour faciliter la respiration. Nous continuons alors à inciser et même à exciser la tumeur, dont la consistance nous rappelle à tout moment celle de la trachée-artère, mais sans rencontrer ce conduit. Nous renversons fortement la tête en arrière après environ vingt ou vingt-cinq minutes, pour rendre la trachée plus saillante. Nous continuons les recherches en coupant transversalement à droite et à gauche la portion médiane de la tumeur, qui, étant peu vasculaire, donne peu de sang ; mais la respiration s'embarrasse de plus en plus ; la face et les membres se cyanosent sous nos yeux, et la malade succombe après environ trente-cinq minutes de recherches infructueuses du conduit aérien.

Autopsie pratiquée 39 heures après la mort.— Une incision étant faite à la base de la région cervicale, on pratique la section des clavicules, des premières côtes et de la fourchette du sternum ; le lambeau cutané est relevé de manière à mettre à nu la région cervicale. On découvre alors une tumeur volumineuse et transversalement placée. La partie la plus saillante de cette tumeur est située à droite de la ligne médiane. Elle semble constituée par plusieurs masses inégales, dont quelques-unes se prolongent sous le sterno-mastoïdien droit ; l'une de ces bosselures, étant ponctionnée, donne issue à une petite quantité de sérosité citrine. Plusieurs prolongements se détachent du bas de la tumeur. L'un d'eux, qui rappelle par sa disposition l'appendice iléo-cæcal, descend verticalement derrière la base du sternum.

La partie de la tumeur située sur le côté gauche de la ligne médiane est manifestement constituée par le lobe gauche du corps thyroïde augmenté de volume, mais qui ne paraît nullement altéré dans sa structure. Une dissection minutieuse de la tumeur étant pratiquée, on reconnaît que la saillie latérale droite fait suite à l'isthme du corps thyroïde sur les limites de la tumeur du côté droit ; on parvient à isoler plusieurs noyaux, dont plusieurs ont le volume d'une noix, et qui à la coupe présentent une coloration grisâtre, une consistance dure, criant sous le scalpel et donnant du suc par le grattage. L'étude

de ces noyaux et leur examen au microscope ne permettent pas de douter que ce sont des ganglions. Quelques ganglions ayant la couleur et la structure normales, font également corps avec la tumeur.

Faisceau vasculo-nerveux. — Sur la partie latérale droite de la tumeur, la dissection fait retrouver la jugulaire interne, la carotide droite et le nerf pneumo-gastrique. Bien que le faisceau vasculo-nerveux soit enveloppé par la tumeur, il ne paraît pas avoir subi une compression notable. Le nerf pneumo-gastrique est parfaitement sain.

Coupe de la tumeur. — La tumeur, incisée par le milieu, offre un tissu peu homogène, dur, consistant, d'apparence squirrheuse en certains points, offrant ailleurs des lamelles dont l'aspect rappelle celui des fibro-cartilages; quelques-unes de ces lamelles paraissent ossifiées; on y trouve également des concrétions qui donnent au doigt la sensation des cerceaux cartilagineux de la trachée.

État de la trachée. — L'examen de la trachée fait découvrir que le conduit, dévié de sa direction normale, décrit une courbe à convexité tournée à gauche, distante de la ligne médiane d'environ 2 centimètres. En outre, la trachée, comprimée latéralement, présente la figure d'un prisme triangulaire à base postérieure, à sommet dirigé en avant (à ce niveau, le calibre rétréci de la trachée pourrait difficilement admettre une canule ordinaire).

L'incision faite sur la tumeur pendant la vie, et pratiquée sur la ligne médiane, vient tomber en dedans de la trachée, de façon que le bistouri, porté profondément, vient rencontrer la colonne cervicale.

Une incision conduite au-devant des corps des vertèbres, permet de détacher la tumeur, qui, examinée par sa face postérieure, présente une masse aplatie dépourvue des bosselures et des inégalités qu'on avait constatées sur la face antérieure. L'œsophage incisé offre dans sa partie supérieure un rétrécissement très-prononcé; son calibre, en ce point, admet à peine la pulpe du petit doigt. La paroi postérieure de ce canal est notablement épaissie (2 à 3 millimètres environ). La paroi antérieure fait corps avec la tumeur et ne peut en être détachée. Il résulte de cette disposition que la paroi postérieure du larynx et l'œsophage sont soudés ensemble, et que ces deux conduits sont embrassés par la tumeur, qui leur adhère et qui forme à ce niveau un croissant à concavité antérieure et gauche.

L'examen du poumon fait découvrir plusieurs noyaux, dont quelques-uns atteignent le volume d'une pomme d'api, et offrent à la coupe un tissu grisâtre, en quelques points *lie-de-vin;* au grattage, une notable quantité de suc.

Un certain nombre de ganglions bronchiques offrent un accroisse-

ment de volume, une altération de couleur à la coupe, et un aspect analogue à celui que nous avons constaté pour les ganglions cervicaux.

Rien de particulier du côté du foie.

L'examen microscopique de la tumeur, des ganglions et des noyaux pulmonaires, fait par M. Sée, révèle l'existence de cellules cancéreuses.

N. B. Quoique l'examen à l'œil nu ait laissé peu de doutes sur le développement de la tumeur dans le lobe droit du corps thyroïde et dans un certain nombre de ganglions, il est juste d'ajouter que M. le docteur Péan, qui a bien voulu examiner la pièce au microscope avec un soin tout minutieux, a cru trouver une partie du corps thyroïde aminci au-devant du corps de la tumeur, et a considéré celle-ci comme formée exclusivement par un développement cancéreux des ganglions, qui, en s'accroissant, avaient pris la place du corps thyroïde. Cette interprétation pouvant laisser quelques doutes, et les caractères cliniques de la tumeur ayant été ceux du goître suffocant, nous avons cru pouvoir lui conserver cette dénomination.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Bauchet.

Séance du 13 mars 1861.

Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Depaul demande à ajouter un détail à la présentation qu'il a faite dans la dernière séance.

M. Depaul a présenté une pièce relative à un bec-de-lièvre opéré sur un nouveau-né. En continuant ses recherches sur cette pièce, il voulut s'assurer de l'état du cerveau. Le cerveau était sain, et ne présentait aucune anomalie. Seulement la substance cérébrale était fortement congestionnée, injectée ; et cette congestion, tout à fait pathologique, était surtout évidente dans le lobe droit. On voyait même de ce côté un épanchement sanguin entre la table interne et les circonvolutions. Mais il existait de plus sur le pariétal droit un **céphalématome** intéressant, parce qu'il était récent et qu'il peut servir à la solution de quelques questions relatives à cette lésion, et surtout à son point de départ.

Parmi les diverses théories qui ont été émises pour expliquer l'é-

tiologie du céphalématome, il en est une qui admettait une altération primitive de l'os : il suffit de jeter les yeux sur cette pièce pour se convaincre que l'os pariétal n'était pas altéré primitivement et que toutes ces lésions, congestion cérébrale, épanchement sanguin à la surface du cerveau, céphalématome, tiennent à une même cause, à la lenteur et à la difficulté du travail de délivrance.

Cette pièce, continue M. Depaul, présente encore un grand intérêt à un autre point de vue, je veux parler du bourrelet saillant qui encadre l'épanchement sous-périostique. Un auteur (M. Valleix, je crois) a émis l'opinion que ce bourrelet était constitué par un dépôt calcaire autour du céphalématome, entre le périoste et l'os, et n'était pas dû à la dépression de la portion osseuse sur laquelle existait l'épanchement. On peut vérifier sur cette pièce la vérité de cette assertion. On voit et l'on sent très-distinctement ce dépôt calcaire tout autour du céphalématome. Ce dépôt est peu considérable encore, car l'accident était encore tout récent, mais enfin il existe.

Ces dépôts, au début, forment une couche mince, comme foliacée, que l'on peut déprimer et qui craque sous le doigt : plus tard ce dépôt s'organise; le bourrelet se rétrécit à mesure que le sang se résorbe, et finit par s'affaisser et disparaître.

Enfin, *a priori*, on pourrait croire qu'il y a un épanchement du côté de la table interne du pariétal, correspondant à l'épanchement sous-périostique; mais, en examinant la pièce avec soin, on peut se convaincre que cette teinte noirâtre que l'on aperçoit est due et au contact de l'os avec l'épanchement intra-crânien dont il a déjà été fait mention, et aussi à la minceur du pariétal, qui laisse voir le céphalématome par transparence.

M. GIRALDÈS a pu voir un grand nombre de céphalématomes pendant qu'il était à l'hospice des Enfants assistés, et ses observations confirment l'opinion de M. Depaul. — Quand le céphalématome était récent et que M. Giraldès l'avait ponctionné, il n'existait pas de bourrelet. Le bourrelet se formait plus tard, et alors le périoste était épaissi et infiltré d'exsudat plastique ou calcaire.

M. CHASSAIGNAC approuve d'autant plus les idées émises par M. Depaul que, pour lui, la formation de ce cercle osseux doit être rattachée à une grande loi qui s'applique à ce qui se passe dans tous les os soumis à une irritation. Toutes les fois qu'un os est irrité dans un point, par une cause quelconque (fractures compliquées, productions accidentelles, luxations anciennes, etc.), il se forme autour de ce point un cercle osseux, ou des stalactites osseuses. — Dans le céphalématome, le cercle osseux se rétrécit à mesure que le sang se résorbe, et il s'amincit à la périphérie, tandis qu'il s'épaissit vers le

centre. Il arrive un moment où il n'y a plus de sang, plus de cadre osseux saillant, mais, au centre, l'exsudat sous-périostique qui vient de se former forme une élevure qui s'affaissera à son tour.

CORRESPONDANCE.

M. le secrétaire général dépose sur le bureau le tome Ier de la 2me série des *Bulletins de la Société de chirurgie*. (Année 1860.)

— M. le docteur Viaud-Grand-Marais adresse à la Société un exemplaire de ses *Études médicales sur les serpents de la Vendée et de la Loire-Inférieure*. Nantes, 1860, in-8°.

— M. Guersant fait don à la Société des œuvres d'Hippocrate, édition gréco-latine de Foes. Genève, 1657, in-folio.

— M. le docteur Joire, professeur à l'école de médecine de Lille, adresse une observation manuscrite, intitulée *Hernie étranglée; opération; mort; perforation intestinale*. (Commissaire, M. Verneuil.)

— M. le docteur Letenneur, membre correspondant, à Nantes, adresse un travail et une observation sur l'*exostose sous-unguéale*. Ce travail sera lu en séance dès que l'ordre du jour le permettra.

— M. le docteur Vauthier, de Troyes, dépose sur le bureau l'extrait suivant du *Registre des procès-verbaux* de la Société médicale de l'Aube :

« La Société médicale de l'arrondissement de Troyes a décidé dans » sa séance du 7 mars 1861, que la nommée Z. L..., atteinte d'une » tumeur de l'os maxillaire supérieur droit, serait présentée à la » Société de chirurgie de Paris par M. le docteur Vauthier.

» Troyes, le 12 mars 1861.

» *Le président*, signé CARTERON. »

— M. le président propose d'accorder immédiatement à M. Vauthier un tour de faveur. (Adopté.)

M. VAUTHIER expose ainsi le fait soumis à la Société :

Il y a un an environ, vers le mois de février 1860, la femme X... vint le consulter. Elle présentait une tuméfaction à la joue droite, au niveau de la fosse canine. La malade faisait remonter l'apparition de cette grosseur à un an environ. Il existait, dans cette région, une tumeur de la grosseur d'une petite noix, dure, bien limitée, placée sur la paroi antérieure du sinus maxillaire, et soulevant la joue, que l'on pouvait bien circonscrire à travers les téguments et par la rainure gingivale, mais ne déterminant aucune déformation du côté du nez, de l'œil et de la voûte palatine. Cette tumeur était le siége de

douleurs assez vives, lancinantes. Elle offrait partout une dureté considérable. M. Vauthier, en raison des douleurs et de leur caractère, pensait qu'il s'agissait d'une tumeur de nature suspecte, et prit l'avis de ses confrères. L'un d'eux émit l'opinion formelle qu'il s'agissait d'une *exostose éburnée ;* la plupart se rangèrent à l'opinion de M. Vauthier ; tous furent d'avis qu'il fallait opérer la malade.

M. Vauthier avait d'abord songé à enlever tout le maxillaire, mais, en raison de la localisation parfaite de la tumeur, et ébranlé par l'avis du confrère qui pensait qu'il s'agissait seulement d'une exostose éburnée, il se décida à enlever toute la production avec les dents correspondantes, ce qu'il fit à l'aide de la gouge et du maillet, après avoir fendu la joue suivant le procédé de M. Velpeau. La tumeur enlevée, M. Vauthier et les confrères qui assistaient à l'opération s'assurèrent avec le doigt de l'état des parties environnantes et pensèrent que les parties respectées étaient parfaitement saines.

M. Vauthier néanmoins rugina encore avec insistance les lamelles osseuses sur lesquelles avait porté la section. La guérison fut très-rapide.

Quelques mois s'étaient à peine écoulés quand M. Vauthier s'aperçut que les parties qui avaient été le siége de l'opération étaient un peu gonflées ; un mois après il n'y eut plus de doute, et la tumeur repullulait. Depuis un mois la malade est rentrée à l'hôpital de Troyes, dans le service de M. Vauthier, et la tumeur fait des progrès rapides.

La tumeur est plus grosse que lors de la première opération, et elle détermine des douleurs lancinantes très-vives : le toucher les exaspère.

En raison de cette reproduction et de l'existence de douleurs lancinantes, M. Vauthier craint qu'il ne s'agisse d'une tumeur de mauvaise nature et hésite à y toucher. Il a présenté la malade à la Société de médecine de Troyes, et la Société a alors décidé de l'adresser à la Société de chirurgie de Paris et de lui demander son avis.

M. Vauthier présente d'abord la pièce qu'il a enlevée : elle est du volume d'une noisette, ovoïde, dure, sans bosselures. Elle a été sciée, et la coupe est dure, comme éburnée au centre et vers la partie supérieure. On remarque sur cette coupe une dizaine de petits trous, de petites vacuoles, les unes pouvant admettre une tête d'épingle, les autres un peu plus grandes, d'autres plus petites. On trouve encore dans quelques-unes des petits filaments grisâtres, des tractus comme fibreux. A la partie supérieure la tumeur est surmontée par une petite portion de tissu osseux aréolaire, comme spongieux. Ce prolongement est gros comme un petit pois. Les dents restent adhérentes à la pièce et ne sont pas vacillantes.

M. BAUCHET. Cette tumeur est bien limitée, bien circonscrite ; elle remonte jusqu'à un demi-centimètre environ du rebord inférieur de l'orbite, latéralement elle s'étend jusqu'au niveau de l'articulation de l'os de la pommette, et en dedans s'arrête à un demi-centimètre aussi de l'os propre du nez du côté droit. La joue est saillante, mais les téguments sont sains et n'ont contracté aucune adhérence avec la tumeur. Il n'y a aucune difformité du nez, aucune trace d'exophthalmie, aucune saillie du côté de la portion de la voûte palatine qui a été respectée ; les parties voisines, les ganglions sont intacts ; la santé est parfaite.

La tumeur est dure, résistante, douloureuse, surtout au niveau du trou sous-orbitaire ; pourtant, ainsi que M. Vauthier l'a du reste fait remarquer, il y a un ou deux points où la tumeur est dépressible, où on peut enfoncer un peu sa surface : je n'ai pas senti de craquement parcheminé, mais il peut, il doit exister.

Je n'hésite donc pas à dire que cette tumeur doit rentrer dans la classe des *tumeurs bénignes*, c'est-à-dire des tumeurs longtemps (et quelquefois toujours) limitées à l'os sur lequel elles ont pris leur origine.

Mais quelle est la nature de cette tumeur ? En raison de son siége, de sa forme, de son évolution, et après avoir examiné la pièce qui nous a été présentée, je pense qu'il s'agit d'une *tumeur fibreuse du maxillaire supérieur*.

Les corps fibreux du maxillaire affectent deux formes distinctes : tantôt ils constituent une seule masse et sont renfermés dans une cavité qui les enkyste, d'autres fois ils sont comme infiltrés à travers le tissu osseux. Dans ces conditions, on rencontre des îlots de tissu fibreux au milieu du tissu osseux, et, comme ce tissu détermine par sa présence une irritation dans le tissu qui l'environne, il s'établit une hyperostose circonvoisine. Ce tissu fibreux lui-même s'ossifie, et prend alors le caractère éburné.

Dans ces tumeurs, ainsi que je l'ai établi dans ma thèse inaugurale (1854) *sur les tumeurs fibreuses du maxillaire inférieur*, on trouve quelquefois des amas de tissu fibreux comme enkystés, puis des traînées de tissu fibreux, et autour des productions osseuses de nouvelle formation, ou résultant de l'ossification de portions de la masse morbide ; parfois même le tissu osseux semble tellement prédominer que l'on ne trouve plus que de petites portions de tissu fibreux au milieu d'une masse dure, éburnée.

La tumeur fibreuse seule se présente avec les caractères que nous rencontrons ici, et surtout avec ce signe que nous trouvons dans quelques places, avec des bosselures dépressibles ; là il y a eu résorption

du tissu osseux ; il n'y a plus qu'une lamelle osseuse, et du tissu fibreux sous cette lamelle.

Ces productions fibreuses s'infiltrent à travers les os, et si on n'enlève pas toute la partie malade, la repullulation est inévitable. Dans le fait que j'ai rapporté (1854), le médecin qui avait fait une première opération avait enlevé tout ce qui était apparent, et la récidive eut lieu sur place : c'est qu'il était resté quelques petits tractus fibreux qui avaient échappé au doigt et aux recherches. J'ai enlevé toute la portion malade en 1854, et la guérison ne s'est pas démentie.

Mais il faut aller au delà des limites du mal : et si M. Vauthier avait suivi sa première idée, d'enlever tout le maxillaire ou au moins de dépasser davantage les confins de la tumeur, peut-être n'aurait-on pas eu de récidive.

Aujourd'hui je n'hésite pas à conseiller d'enlever la tumeur, de l'enlever complétement, de dépasser la circonférence du mal, et si l'opération est faite largement, il y a lieu d'espérer que la malade sera et restera définitivement guérie.

M. HUGUIER partage la même opinion, et conseille aussi une opération radicale. Il pense qu'on serait peut-être à l'abri d'une récidive si, au lieu de scier le maxillaire, on l'arrachait; si, en un mot, on arrachait la tumeur avec les portions osseuses sur lesquelles elle est implantée.

M. RICHARD pense qu'il s'agit d'une exostose bien plus que d'une tumeur fibreuse, qu'en un mot les portions osseuses sont plus nombreuses que les portions fibreuses; il émet aussi l'opinion que (la tumeur ne pouvant pas être énuclée) l'on enlève le mal jusqu'au delà de ses limites.

M. HOUEL. Les tumeurs fibreuses sont difficiles à limiter : elles s'infiltrent dans l'os sur lequel elles ont pris naissance, et quelquefois gagnent les os voisins, et peuvent même envahir les os plus éloignés et qui ne sont pas directement en contact avec l'os primitivement affecté.

Ces tumeurs fibreuses s'ossifient, et leur dureté va même jusqu'à l'éburnation, propriété que possèdent seulement les tumeurs fibreuses accidentelles. Les portions osseuses voisines deviennent elles-mêmes le siége d'un travail en vertu duquel il se forme des productions simulant les exostoses, de l'hyperostose, en un mot.

Si maintenant, ajoute M. Houël, j'examine la tumeur qui a été enlevée et qui est mise sous nos yeux, je vois un tissu éburné, et par places des vacuoles qui ont renfermé sans nul doute des portions fibreuses : j'en retrouverais encore si je faisais macérer la pièce; en un

mot, je vois ici tous les caractères d'une tumeur fibreuse ossifiée dans une grande partie de son étendue.

Enfin, cette petite masse spongieuse est un prolongement de la production fibreuse, qui gagnait dans le maxillaire, et dont une partie a pu échapper à l'opération.

M. ROBERT croit aussi qu'il s'agit dans ce cas d'une tumeur fibreuse infiltrée, ossifiée par place, avec production osseuse dans quelques parties environnantes. Il faut enlever bien au delà des limites du mal; il faut enlever largement, sans parcimonie; peut-être est-il resté quelques parcelles de la production; peut-être une opération radicale guérira-t-elle la malade; mais il ne faut pas perdre de vue que ces tumeurs se prolongent souvent plus loin qu'on ne le pense, et se montrent même, comme vient de le dire M. Houel, dans des os qui ne sont pas directement en rapport avec l'os primitivement malade. Peut-être ici faudra-t-il sacrifier une grande partie de l'os malaire droit.

M. GIRALDÈS. L'état de la tumeur éloigne l'idée d'une tumeur fibreuse simple. Il est possible que l'on ait affaire ici à ces affections des os qui attaquent les diverses pièces de la face et du crâne, et qui ont le triste privilége de produire des exostoses dans les os de ces régions. Il est donc à craindre que si on enlève la tumeur, on n'ait bientôt d'autres productions dans d'autres points.

M. Giraldès pense donc que l'on pourrait temporiser et observer la malade. Si la tumeur reste bien limitée, on l'enlèverait; mais si on voyait paraître d'autres productions, on s'abstiendrait de toute opération.

M. CHASSAIGNAC. En présence de ce que nous a dit M. Vauthier, attendre, ce serait s'exposer à voir la tumeur envahir encore une étendue plus grande, et à sacrifier des parties que l'on peut encore respecter. Je ne donnerai pas tout d'abord le conseil de faire un large sacrifice. La tumeur est bien nettement circonscrite, l'orbite est respecté, la voûte palatine est intacte; je serais donc d'avis d'attaquer d'abord la tumeur : ce serait une opération exploratrice; puis, suivant ce que je rencontrerais, j'enlèverais plus ou moins du maxillaire et même une partie de l'os de la pommette. J'irais au delà des limites du mal, mais je n'enlèverais rien inutilement. Cette seconde partie du manuel opératoire serait l'opération définitive.

Quant à la nature de la tumeur, il ne faut pas s'appuyer sur son caractère de dureté pour rejeter l'idée d'une tumeur fibreuse; car j'ai vu des tumeurs fibreuses, franchement fibreuses, qui avant l'opération avaient la résistance des exostoses.

M. VERNEUIL appliquerait plutôt à la tumeur le nom de tumeur osseuse. Il pense qu'il faut opérer, opérer le plus tôt possible, et opérer largement, sans hésitation; aller au delà des limites du mal, si l'on veut se mettre à l'abri d'une récidive.

M. VAUTHIER insiste sur la repullulation, la marche rapide de la tumeur, et surtout sur les douleurs lancinantes sur lesquelles il a déjà appelé l'attention de la Société.

M. BROCA. M. Vauthier me semble attacher trop d'importance aux douleurs, et surtout à leur caractère. Autrefois on attribuait ces signes spécialement aux tumeurs cancéreuses; mais les productions dites cancéreuses donnent bien moins souvent lieu à ces douleurs que beaucoup d'autres tumeurs. Ici ces douleurs s'expliquent très-bien, quand on réfléchit au siége de la production. Il y a là un nerf important, renfermé dans un étui osseux, et qui est comprimé par le développement de la tumeur. Cela suffit bien pour comprendre les symptômes éprouvés par la malade. Les douleurs provoquées par l'exploration avec le doigt sont du reste surtout intenses au niveau du point d'émergence du nerf maxillaire supérieur.

M. VAUTHIER remercie la Société, et se propose de lui adresser la pièce quand il aura pratiqué l'opération, à laquelle, du reste, la malade est bien décidée.

— **Élection d'un membre titulaire.** — La commission avait proposé : En 1re ligne, M. Foucher; en 2e ligne, M. Trélat.
Votants : 29.

M. Foucher.	24 voix.
M. Trélat.	3 —
Voix perdues.	2 —
	29 voix.

En conséquence, M. le président annonce que M. Foucher est nommé membre titulaire de la Société.

Suite de la discussion sur la réduction des hernies.

M. VELPEAU. La question a déjà été envisagée sous un grand nombre de points de vue par les divers membres de la Société qui ont pris la parole; M. Velpeau se bornera à fixer l'attention sur deux questions : l'une relative à la traction de l'intestin au dehors, après le débridement; l'autre, à la réduction d'une anse intestinale perforée.

Relativement au premier point, j'ai écrit en 1839, continue M. Velpeau, qu'il n'était pas nécessaire d'amener l'intestin au dehors. De-

puis lors, je suis moins exclusif, et je ne rejette pas cette pratique. J'ajouterai que, dans un grand nombre de circonstances, il est peu important de suivre telle ou telle règle de conduite. Or je vois que la plupart des membres de cette Société ont de la tendance à poser en principe que toujours, et quand même, il faut attirer l'intestin et l'examiner avant de le réduire. Loin de moi la pensée d'attaquer ce précepte; mais l'autre, que je ne défends pas, pourrait aussi avoir quelques bonnes raisons en sa faveur.

Quand l'intestin est en bon état, que l'anse herniée est parfaitement saine, l'étranglement modérément serré, on peut suivre l'une ou l'autre pratique.

Mais si l'anse intestinale est altérée, que l'on redoute une réduction, il faut alors l'examiner avec soin, et, pour cela, l'attirer au dehors doucement et avec précaution.

Je ne parle pas, bien entendu, des cas dans lesquels l'intestin est gangrené, car nous sommes alors tous d'accord sur ce qu'il faut faire; j'ai surtout en vue les cas où l'anneau constricteur est serré et peut couper l'anse herniée dans un ou plusieurs points, ou dans une étendue plus ou moins grande. Ces faits se présentent surtout dans les hernies crurales petites, marronnées, et passant à travers les ouvertures étroites et résistantes du *fascia crebriformis*.

Tantôt la perforation est complète. Si elle est assez large, l'on doit se comporter comme pour le cas où l'intestin est gangrené; si elle est petite, nous en parlerons dans un instant.

Tantôt la perforation n'est pas encore complète, et la paroi intestinale est pourtant amincie, érodée. Le plus souvent, c'est la tunique séreuse qui persiste, alors que la muqueuse est détruite; mais j'ai vu aussi des cas dans lesquels cette membrane était rompue, tandis que la muqueuse ou la tunique celluleuse avait résisté.

Parfois l'intestin est coupé, mais la plaie est bouchée par l'anneau constricteur, et quand on lève l'étranglement, les matières s'échappent par la perforation que vous n'avez pas faite, mais que vous avez découverte.

Parfois aussi la perforation est incomplète, une ou deux tuniques ayant résisté, et c'est alors que la moindre traction un peu violente pourrait la compléter; il faut donc agir avec une grande prudence, et l'on se trouve entre deux écueils. Repousser l'anse de suite dans le ventre, mais vous pouvez craindre qu'il n'y ait une perforation; attirer cette anse à l'extérieur, et vous redoutez d'achever de déchirer l'anse intestinale si elle a résisté par une ou plusieurs de ses tuniques. On a semblé ne pas s'inquiéter de cette déchirure, et moi je n'ai jamais cessé de m'en préoccuper.

Il y a sans doute un certain nombre de circonstances dans lesquelles il est facile d'amener l'anse intestinale au dehors sans exercer de fortes tractions, mais on doit savoir aussi qu'il est des cas dans lesquels il faut employer une assez grande force. L'intestin peut être distendu, ou même adhérent au-dessus et au niveau de l'étranglement, et l'anse herniée résiste quand on veut l'attirer à l'extérieur.

Quand donc je sens l'intestin céder sans grands efforts, je l'attire à l'extérieur ; quand il résiste, je redouble de précautions, et il m'est arrivé, si je trouvais trop de résistance, de repousser doucement l'anse herniée jusqu'au-dessus de l'étranglement, toujours prêt à la retirer si j'avais vu le moindre écoulement de matières intestinales; mais je n'agissais ainsi que quand l'étranglement était bien levé, et que rien ne me portait à admettre une perforation.

J'arrive au second point. Il m'a semblé que l'on avait quelque tendance à me faire dire que je conseillais de réduire un intestin perforé. Je n'ai jamais donné ce conseil ; j'ai rapporté les cas dans lesquels j'avais agi ainsi, et j'ai bien insisté sur ce que ces cas offraient de particulier. L'anse intestinale était saine, et ne présentait un petit pertuis que sur un point de son étendue. J'ai eu ainsi cinq succès : dans l'un d'eux, la perforation a été probablement déterminée par les tractions que j'ai exercées sur l'anse herniée ; dans un autre, il y a eu une fistule stercorale qui a guéri spontanément. Dans le fait de M. Bauchet, la malade n'a pas succombé à la suite de la réduction de l'anse intestinale perforée, mais elle est morte d'un érysipèle. Il y a eu un anus contre nature, mais un anus contre nature dans de bonnes conditions, sans éperon.

J'ai entendu parler un peu légèrement de l'établissement d'un anus contre nature. On en guérit beaucoup, c'est vrai, quand l'anus est bien constitué ; mais il en est qui sont incurables, et combien de malades ne voyons-nous pas succomber avant que l'anus soit bien établi! C'est une grave question aussi que celle qui est relative à la création d'un anus contre nature !

Le praticien est donc, en face de ces cas douteux, à se demander : Y a-t-il plus de dangers à réduire un intestin présentant une petite perforation, mais sain dans le reste de son étendue, qu'à le laisser au dehors ?

J'ai rapporté cinq cas dans lesquels j'ai réduit l'anse herniée, j'ai dit comment la guérison avait été obtenue ; j'ajoute à ces faits l'observation de M. Bauchet.

Quant au fait rappelé par M. Richet, il n'y avait pas de perforation au moment de la réduction ; mais l'intestin était malade, et j'avais

hésité à le réduire. Or ce jeune homme se considérait comme guéri, et M. Richet doit se rappeler qu'il a commis de très-graves imprudences dans les jours qui ont précédé cette perforation. Si cette fausse membrane avait résisté un peu plus longtemps, si surtout ce jeune homme ne s'était pas livré *à des mouvements dangereux*, il serait probablement guéri, et peut-être en aurait-il été quitte pour un abcès que l'on aurait ouvert par la paroi abdominale.

Ce fait, à son début, ne peut pas être rapproché des précédents.

Voilà ce que j'ai fait, mais je ne donne pas cette conduite comme exemplaire; j'ai évité à mes cinq malades un anus contre nature; peut-être, si je me trouvais dans une pareille circonstance, agirais-je encore de la même manière; peut-être établirais-je un anus contre nature.

Il est une considération qu'il ne faut pas perdre de vue: que l'on discute aussi longtemps que l'on voudra, que l'on apporte tous les faits connus, que l'on cherche à prévoir toutes les circonstances qui semblent possibles, les chirurgiens savent qu'il est impossible de poser des préceptes absolus pour la kélotomie. A chaque opération l'on se trouve devant un fait nouveau, et le chirurgien est obligé de trancher la difficulté. Il n'y a point à établir pour les hernies de règles absolues; presque toutes ont leurs règles individuelles.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Névralgie spasmodique de l'avant-bras consécutive à une fracture du radius et à l'emploi de l'électricité. — M. LARREY présente à la Société un cas de névralgie spasmodique de l'avant-bras survenu dans des circonstances singulières, et pour lequel il demande l'avis de ses collègues, en donnant le résumé suivant de l'observation. Elle a été recueillie d'ailleurs dans tous ses détails par M. le docteur Sarazin aîné, médecin aide-major de 1re classe, qui se propose de la publier plus tard.

V... (Aimé), garde à l'escadron des cent-gardes, âgé de trente-deux ans, né près Plombières (Vosges), a une bonne constitution, un tempérament lymphatico-sanguin et la taille élevée. Il n'offre rien de particulier dans ses antécédents, ni aucun signe de syphilis, qu'il déclare du reste n'avoir jamais eue. Il a seulement été atteint, en 1849, d'une plaie contuse assez grave à la jambe gauche, avec lésion de la crête du tibia, mais sans complication d'accidents nerveux, et dont il fut guéri dans l'espace de quatre mois.

Le 26 juillet 1858, pendant un exercice, il fut renversé sous son cheval abattu, et, en tombant ainsi, il eut le bras gauche engagé sous la fonte de la selle. De là une fracture de l'extrémité inférieure du radius, avec entorse du poignet et contusion de l'articulation.

Le blessé, transporté à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, y séjourna pendant quarante-trois jours, et fut traité par un appareil contentif. Mais à sa sortie de l'hôpital, l'avant-bras restait tuméfié, douloureux, et l'articulation radio-carpienne n'avait pas encore recouvré ses mouvements, quoique la fracture parût consolidée.

Divers moyens rationnels et empiriques furent employés, tels que bains locaux de diverse nature, d'eaux grasses, de sang, etc., douches, frictions et massage, sans résultat satisfaisant. L'usage des eaux de Plombières pendant trois mois et l'essai de l'électricité furent sans effet. Le malade fut envoyé alors à Bourbonne, pendant la première et la deuxième saison de 1859. Il y prit 84 bains et 84 douches, qui firent disparaître en grande partie l'engorgement du poignet et de l'avant-bras.

Mais il y fut soumis en même temps à l'électricité, et subit jusqu'à cinquante-huit séances de faradisation. Ce traitement spécial, ayant pour but de rétablir les mouvements et de combattre les douleurs, eut un effet contraire, à tel point que des phénomènes de paralysie apparurent dans le bras, dans l'épaule, et se propagèrent à la partie correspondante du tronc, en déterminant une hémiplégie faciale, sans persistance, à la vérité.

Quant aux douleurs, elles se manifestèrent, comme les crampes les plus violentes, avec une telle intensité dans toute l'étendue du membre, en s'irradiant non vers son extrémité libre ou vers la main, mais vers son extrémité supérieure, qu'elles sont encore appréciables aujourd'hui, sous cette forme que j'appellerais volontiers *névralgie récurrente*.

Les variations de la température, les moindres attouchements, la crainte de la souffrance, la contraction subite volontaire ou involontaire des muscles, en provoquent le spasme presque tétanique, notamment dans les muscles radiaux. Admettons, malgré cette circonstance et malgré d'autres raisons particulières, que le malade exagère la douleur à force de la ressentir ou de la redouter; il ne saurait la feindre cependant au point de lui imprimer les caractères qu'elle présente.

Rien n'indique que la cause de cette névralgie récurrente dépende de la fracture du radius, qui se trouve d'ailleurs assez régulièrement consolidée, sauf une déformation légère du poignet par déviation latérale, avec saillie de l'apophyse styloïde du cubitus, comme on l'observe souvent à la suite de ces fractures, sauf aussi un état de roideur et d'immobilité, mais non d'ankylose, de l'articulation radio-carpienne, avec inertie de la main et des doigts. Cet état, occasionné d'abord par l'appareil contentif, a été entretenu ensuite par la compression

habituelle de l'avant-bras, moyen du reste qui, avec l'immersion du membre dans l'eau froide, calme les douleurs spasmodiques.

La cause principale sinon exclusive de ces douleurs, celle qui les aurait surtout provoquées, non-seulement au dire du malade, mais d'après l'analyse de son observation, et selon l'avis de plusieurs de nos confrères auxquels j'en ai parlé, cette cause ne serait autre que l'électricité trop tôt ou trop activement employée, comme M. Duchenne (de Boulogne) lui-même m'a dit en connaître des exemples.

Que faire maintenant pour la guérison? Voici du moins ce que je tenterais, sauf meilleur avis : supprimer d'abord tout à fait la compression; soumettre au besoin le malade à l'anesthésie, pour rétablir les mouvements du poignet et des doigts; donner à la main, autant que possible, une direction inverse à celle qu'elle a prise, et placer le membre sur un plan incliné vers le coude sans aucun appareil contentif; l'envelopper seulement de fomentations émollientes et sédatives, en exerçant chaque jour l'action des muscles par le massage et la mobilité articulaire par des mouvements réguliers.

Resterait à apprécier plus tard l'indication de moyens plus énergiques, tels que la révulsion par des vésicatoires et même par le feu.

On pourra d'ailleurs faire entrer le malade au Val-de-Grâce, dans les salles de clinique de notre collègue M. Legouest, qui serait ainsi à même d'informer la Société des résultats du traitement qu'il croira devoir employer.

M. CHASSAIGNAC approuve complétement le traitement que M. Larrey se propose de conseiller dans ce cas. Ces douleurs sont ordinairement liées à l'immobilité, à une position longtemps continuée.

M. Chassaignac ajoute que, dans des cas où il avait cru avoir affaire à une arthrite et dans lesquels les moindres mouvements imprimés à l'articulation étaient très-douloureux, il a quelquefois trouvé un décollement des cartilages d'encroûtement sur un os parfaitement sain d'ailleurs. M. Chassaignac a de la tendance à rapporter ces désordres aussi à l'immobilité.

— M. DEGUISE présente de nouveau la pièce qu'il avait apportée à la Société dans l'avant-dernière séance, et remet l'observation suivante:

Note sur un cas de mort survenue pendant une opération d'ablation du maxillaire supérieur pratiquée sur un malade affecté de polype fibreux pharyngien. — Messieurs, je veux vous entretenir d'une opération que j'ai pratiquée il y a quelques jours, et qui a eu un résultat bien triste, puisque j'ai eu la douleur de perdre le malade dans le cours même de l'opération. Ce fait aussi grave qu'intéressant aura son enseignement.

Voici en abrégé l'histoire du malade :

Le nommé P... (François) est entré dans mon service au commencement de l'année 1859, pour un polype naso-pharyngien. Alors âgé de dix-sept ans, d'une santé détériorée par la misère et surtout par des épistaxis abondantes, P..., d'une intelligence fort médiocre, ne m'a fourni que des renseignements assez vagues sur l'apparition et le développement de son mal.

Depuis cinq ou six ans, il a des hémorrhagies nasales ; il ne s'est pas aperçu d'autre chose, et c'est pour qu'on le guérisse de ces pertes de sang, qu'il se décide à entrer à l'hôpital. Cependant la narine droite est déformée par un polype d'apparence fibreuse, qui vient faire saillie près de son orifice antérieur. De plus, en examinant la cavité buccale, le voile du palais présente une convexité inférieure très-remarquable ; et le doigt porté derrière lui rencontre une masse dure, résistante, assez considérable, dont le pédicule ne peut être senti.

A cette époque, P... subit une première opération, qui consiste dans la section du voile du palais et l'excision partielle des os palatins.

Au moyen de cette ouverture, je pus sectionner le polype à l'aide de ciseaux courbes, en rasant sa base d'implantation qui occupait à la fois l'apophyse basilaire et la partie postérieure et la plus élevée du pharynx.

La masse polypeuse, de nature bien évidemment fibreuse, pouvait égaler le volume d'un petit œuf de poule. Le prolongement nasal, de la grosseur du doigt, avait près de 5 centimètres d'étendue.

Quoique l'opération eût été accompagnée d'une assez grande perte de sang, elle fut néanmoins courageusement supportée, et les suites ne présentèrent rien de particulier.

Deux cautérisations avec le fer rouge et cinq ou six avec le caustique de Vienne solidifié furent pratiquées dans l'espace de quatre mois, et le malade quitta l'hôpital dans le courant du mois d'août avec l'apparence de la guérison.

Cette apparence de guérison ne dura pas longtemps. Cinq mois après sa sortie, P..., en proie à de nouvelles hémorrhagies, revenait avec une récidive constituée par une masse polypeuse de la grosseur d'une noix, qui apparaissait à travers la fente du voile du palais. Cette fois, j'opérai le polype avec l'écraseur de notre collègue M. Chassaignac, en ayant soin de le porter aussi haut que possible. Il s'écoula peu de sang. Je cautérisai énergiquement avec le caustique de Filhos, et je renouvelai cette cautérisation cinq ou six fois encore à huit jours d'intervalle.

P... quitta une deuxième fois l'hôpital, au mois de février 1860, se croyant encore guéri ; mais j'avoue qu'en lui laissant cette croyance, j'étais loin de la partager.

En effet, le 26 septembre 1860, troisième entrée de P... dans l'état suivant : anémie extrême par suite d'hémorrhagies presque journalières depuis trois mois.

Cette fois, le polype a poussé des embranchements dans trois directions. L'un, le plus considérable, descend dans le pharynx, traverse la division du voile du palais, et vient se mouler sur la voûte palatine ; le deuxième fait saillie sous les muscles de la joue ; le troisième se montre au-dessus de l'arcade zygomatique. Ces deux derniers prolongements ont lieu du côté droit.

En présence d'une pareille repullulation dans un espace de temps aussi court, devant une constitution ruinée, il eût été peut-être plus sage de s'abstenir de toute nouvelle opération. Mais d'un autre côté, P... me priait instamment de le débarrasser de son mal, me disant que l'existence lui était à charge dans les conditions où il se trouvait, et qu'il était décidé à subir n'importe quelle mutilation, plutôt que de continuer à vivre de la sorte. J'eus la faiblesse de céder à ses supplications.

Résolu cette fois à pratiquer une opération radicale, qui mettrait à découvert toutes les racines du polype, je m'arrêtai à l'ablation du maxillaire supérieur du côté droit.

Mais avant il fallait tâcher de mettre P... dans des conditions moins mauvaises, et à cet effet je le soumis pendant trois mois à l'usage du fer et du quinquina. Sous l'influence de cette médication, jointe à un régime fortifiant, le malade parut alors se trouver dans des conditions plus convenables, lorsque dans les premiers jours de janvier 1861, il fut pris d'une double pneumonie, peu étendue du reste, dans l'un et l'autre poumon, et qui céda assez vite à deux vésicatoires. L'opération dut encore être retardée.

Enfin, le 25 février, P... fut conduit à la salle d'opération dans des conditions assez passables, et relativement meilleures que celles dans lesquelles il se trouvait lors de sa dernière rentrée au mois de septembre 1860.

Le malade demanda d'abord à être chloroformisé ; mais sur mon refus, il ne s'en assit pas moins résolûment sur une chaise.

Le maxillaire droit fut mis à découvert à l'aide d'un seul lambeau, par le procédé que vous connaissez tous, et qui s'obtient par une incision convexe en arrière, et partant du milieu de l'os malaire pour aller gagner la commissure labiale.

La paroi inférieure de l'orbite mise à nu, une scie à chaîne fut

successivement introduite à travers l'os unguis dans la narine correspondante, pour opérer la section de la branche montante du maxillaire, puis à travers la fente sphéno-maxillaire, pour le détacher de l'os malaire.

Une troisième application de la scie, amenée de la bouche dans la narine, pour séparer les deux maxillaires près de la ligne médiane, après avoir préalablement arraché une incisive et incisé la muqueuse palatine, termina le premier temps de l'opération.

Débarrassé du maxillaire, je procédai de suite à l'énucléation du polype, et je commençai par la masse la plus volumineuse, celle qui descendait dans le pharynx et venait se recourber au-dessous de la voûte palatine. Cette partie du polype, largement adhérente à la paroi postérieure et latérale droite du pharynx, fut divisée à coups de ciseaux.

Cette section à peine terminée, il survint tout à coup une syncope contre laquelle je luttai inutilement pendant près de vingt minutes; les battements du cœur devinrent de plus en plus faibles, et le malade s'éteignit.

Au point de vue du manuel opératoire, les choses s'étaient passées avec régularité et précision; seule, l'introduction de la scie à chaîne à travers l'os unguis, pour sortir par la narine, avait offert quelque difficulté.

Néanmoins, la douleur inséparable d'une pareille mutilation, jointe à un assez grand écoulement de sang, chez un sujet affaibli déjà par des hémorrhagies antérieures, ont déterminé la syncope, puis la mort.

Je mets sous les yeux de la Société les pièces anatomiques disséquées avec le plus grand soin par M. Houel.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce a démontré que le polype, qui était de nature fibreuse comme M. Verneuil l'a reconnu à l'inspection microscopique, était en totalité renfermé à l'intérieur de la cavité du pharynx. La masse morbide n'avait aucun point de contact direct avec la colonne vertébrale. Le pédicule, qui avait une large base, occupait le côté gauche de la partie supérieure du pharynx, et s'insérait au tissu fibreux qui entoure le trou déchiré antérieur, à la partie interne de l'apophyse ptérygoïde, à la partie postérieure de la paroi des fosses nasales et surtout au cartilage de la trompe d'Eustache.

De cette insertion multiple et étendue, partaient des prolongements qui se dirigeaient dans divers sens; outre celui qui a été enlevé, on peut constater sur la pièce les embranchements suivants: la partie supérieure de la tumeur, n'ayant contracté avec le corps du sphé-

noïde que des adhérences de voisinage, avait défoncé une partie de la paroi inférieure du sinus sphénoïdal, à l'intérieur duquel elle avait pénétré; puis, après avoir distendu sa cavité, était venue faire saillie du côté de la selle turcique, et même la petite aile du sphénoïde qu'elle avait atrophiée par compression. Mais, dans aucun de ces points, la tumeur n'avait détruit la dure-mère, et par conséquent n'avait de contact direct avec la substance cérébrale.

Sur le côté externe du pédicule d'insertion, existait une tumeur du volume d'une grosse aveline qui, passant entre le bord externe du constricteur supérieur et le bord postérieur de l'apophyse ptérygoïde, venait faire saillie sur le côté du pharynx; elle était coiffée par le muscle ptérygoïdien externe, qui était distendu à sa surface.

Un troisième embranchement, beaucoup plus volumineux que les précédents, passait par la fente ptérygo-maxillaire, pour arriver dans la région temporale; il avait même en partie détruit par atrophie la base de l'apophyse ptérygoïde; arrivé à ce niveau, il se subdivisait de nouveau en trois parties. Deux prolongements assez volumineux se perdaient dans l'épaisseur des fibres du muscle temporal et remontaient jusqu'au niveau de la partie moyenne de la fosse de ce nom. Le troisième prolongement pénétrait dans la partie postérieure de l'orbite par la fente sphéno-maxillaire, puis, se dirigeant en arrière, il pénétrait dans le crâne par la fente sphénoïdale et venait former à l'intérieur de cette cavité une tumeur du volume d'une noix, bosselée, inégale, et qui à ce niveau comprimait sensiblement le lobe moyen du cerveau. Ce dernier prolongement, placé à la face interne de la dure-mère, avait contracté avec elle des adhérences filamenteuses peu vasculaires et faciles à détruire.

Dans la communication verbale que j'ai faite de l'observation publiée aujourd'hui, j'avais énoncé qu'aucune cautérisation n'avait été pratiquée à la suite des deux premières opérations. C'est une erreur que je tiens à rectifier, ayant retrouvé dans mes notes tous les détails de ces cautérisations, tels que je les ai rapportés.

M. HUGUIER avait déjà émis devant la Société l'opinion que les polypes devaient souvent prendre leur origine dans le tissu fibro-cartilagineux que l'on trouve au niveau du trou déchiré antérieur à la base de l'apophyse ptérygoïde. Cette pièce démontre nettement que le polype n'est pas implanté sur l'apophyse basilaire.

M. Huguier a déjà présenté une pièce dans laquelle le polype entrait dans les fosses moyennes de la base du crâne par la fente sphénoïdale, et aussi par les sinus sphénoïdaux. Ces polypes, quand ils entrent ainsi dans le crâne, existent déjà depuis longtemps, et sont gênés dans leur évolution. Dans le fait de M. Deguise, comme dans

celui de M. Huguier, aucun symptôme ne pouvait faire soupçonner cette pénétration. M. Huguier pense que ces faits doivent faire admettre qu'il faut opérer de bonne heure, et que l'on peut soupçonner qu'il y aura des prolongements du côté de la boîte crânienne, quand on trouve, quand on sent des prolongements dans les parties qui environnent les fosses nasales. Lorsque l'on a acquis la certitude que le polype a pénétré par tous les endroits où il peut passer pour se développer, qu'il envoie des prolongements dans la fosse zygomatique, zygomato-maxillaire, temporale, il n'est pas prudent d'y toucher, car il a bien certainement des racines dans le crâne.

La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire annuel, Bauchet.

Séance du 20 mars 1861.

Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Varthier annonce qu'il a pratiqué la résection du maxillaire supérieur pour enlever la tumeur qu'il a présentée à la Société dans la dernière séance. Il joint à sa lettre la pièce anatomique, qui est renvoyée à l'examen de M. Broca.

— M. le docteur Closmadeuc, chirurgien en chef de l'hôpital de Vannes, auteur d'une observation d'anévrysme qui a été dernièrement communiquée en son nom à la Société par M. Follin, écrit pour demander à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national. A l'appui de sa candidature il offre à la Société, par l'intermédiaire de M. Morel-Lavallée, son mémoire intitulé *Études sur les calculs des organes salivaires*, Paris, 1855, in-8°; et sa thèse inaugurale intitulée : *Recherches historiques sur les calculs des canaux salivaires*, Paris, 1855, in-4°.

Une commission, composée de MM. Follin, Huguier et Morel-Lavallée, est chargée de faire un rapport sur la candidature de M. Closmadeuc.

— M. Jules Cloquet présente, de la part de M. Phélippeaux, cinq brochures sur divers sujets.

1° *De la cautérisation des plaies fongueuses de l'intérieur du rectum.* Lyon, 1859, in-8°.

2° *Du cathétérisme de la trompe d'Eustache à l'aide des cathéters à boule*. Lyon, 1859, in-8°.

3° *Extirpation d'une tumeur de la région périnéale profonde*. Lyon, 1860, in-8°.

4° *De l'emploi de l'électrisation localisée dans le diagnostic des surdités locales*. Lyon, 1858, in-8°.

5° *De la résolution des adénites cervicales thoraciques par le galvanisme*. Lyon, sans date, in-8°.

Suite de la discussion sur les hernies.

M. HUGUIER. La question ne me paraît pas être arrivée au point de fixer d'une manière définitive les indications qui peuvent se présenter dans la kélotomie, et je pense devoir soumettre à la Société les réflexions que m'a suggérées ma pratique particulière.

Les diverses perforations (ruptures, plaies et gangrène) de l'intestin dans les hernies étranglées peuvent être rangées en trois catégories :

Perforations { *pathologiques*. / *mixtes* : pathologiques et chirurgicales. / *opératoires* ou chirurgicales proprement dites.

Cette division est essentiellement pratique et repose sur des faits cliniques.

Les causes des perforations appartenant à la *première classe* sont diverses, et l'on peut admettre :

1° Une perforation par ulcération au niveau de l'étranglement.

2° Des ulcérations produites par des corps étrangers contenus dans l'anse étranglée.

3° Des ulcérations par gangrène intestinale.

4° Dans les hernies engouées depuis longtemps, la perforation peut être déterminée par l'inflammation, et l'ulcération peut marcher alors de dehors en dedans ou de dedans en dehors.

Les perforations de la *seconde classe* ou mixtes se produisent en général sur un intestin déjà malade ; elles peuvent avoir lieu :

1° Dans le taxis.

2° En mettant l'intestin à découvert ; celui-ci étant ramolli, gangréné, en partie ulcéré.

3° En l'attirant en dehors.

Dans ce cas, la perforation s'établit soit sur le point où a porté directement l'étranglement, soit sur la convexité de l'intestin ramolli ou gangrené.

Il est vrai que des tractions faites sans ménagements pourraient être dangereuses. Pour éviter cet accident, j'ai l'habitude de faire tousser

le malade, de façon à obtenir naturellement ce que je veux faire par des tractions. Si cela ne suffit pas, je cherche avec soin le bord mésentérique de l'intestin et le mésentère lui-même, et, à l'aide de pinces bien appliquées, c'est sur ces points que je fais porter les efforts de traction.

4° Enfin, ces perforations peuvent encore se produire, quand l'intestin a résisté jusque-là, au moment où on réduit l'anse étranglée, après ou sans débridement, et elles ont lieu le plus ordinairement sur les deux points que je viens d'indiquer. Elles reconnaissent alors pour cause soit la distension ou la rupture des adhérences au point étranglé, soit la pression des doigts et des ongles sur l'anse altérée.

Comme traitement général ou habituel, voici les règles de ma pratique : pas de réduction intra-abdominale du point perforé ; pas de suture. Je la rejette dans ces cas d'une manière absolue. Mais il faut ménager les adhérences s'il en existe, et même, au besoin, fixer les parties herniées à l'orifice supérieur du canal ou dans le canal.

Mais comment fixer ainsi l'intestin ? Je crains qu'un fil passé dans le mésentère ne produise un coude de l'intestin, et je rejette cette méthode. Si l'intestin ne me paraît pas suffisamment fixé par les adhérences, alors je cherche s'il n'y a pas autour de l'anse herniée quelques appendices d'épiploïques. Voici ce que j'ai fait, le 14 de ce mois, à l'hôpital Beaujon :

Une femme est entrée dans mon service ; je vins le soir à l'hôpital, et je trouvai la malade dans un état très-grave. La hernie était étranglée depuis plusieurs jours ; la face était profondément altérée, la voix éteinte, le pouls petit, un refroidissement général du corps. Je pratiquai l'opération sans tarder, et le débridement opéré, les matières contenues dans l'anse herniée rentrèrent immédiatement. Toutefois, je trouvai l'intestin trop altéré pour le réduire, et je me félicite de ce que j'ai fait. Il y avait autour de l'anse étranglée deux appendices épiploïques sur lesquels je passai deux points de suture. L'intestin fixé dans cette position fut laissé à l'anneau.

Le lendemain 15, la femme n'allait pas mal.

Le 16, même position.

Avant-hier, l'eschare tomba, et il se fit *à l'extérieur* un épanchement de matières stercorales. Si j'avais réduit, peut-être cet épanchement eût-il eu lieu dans la cavité abdominale, à moins que des adhérences n'eussent entouré l'intestin pour prévenir cet accident.

Mais, s'il n'y a pas d'adhérence et pas d'appendices épiploïques, je traverse avec un fil les parois intestinales, dans la partie qui paraît gangrenée, et je fixe ainsi l'anse herniée dans la plaie. Si l'intestin se gangrène, peu importe ; ce n'est pas le fil qui pourra déterminer la

gangrène. Et si l'intestin doit résister à ce travail ulcératif, le fil ne pourra pas le provoquer.

Il est des cas exceptionnels, et ces règles générales que je viens de passer rapidement en revue doivent subir des exceptions.

Dans quelques circonstances, l'intestin est coupé par l'étranglement, et quelquefois la plaie est si nettement formée, qu'on pourrait croire qu'elle a été produite par un instrument tranchant. Pour ces cas, je ne rejette pas la suture, au contraire. Avec une aiguille fine et une soie plate, je fais trois ou quatre points de suture, suivant l'étendue de la perforation, en ayant soin d'adosser séreuse contre séreuse.

Les fils ne traversent pas toute l'épaisseur des parois intestinales, mais seulement une ou deux tuniques, la tunique péritonéale et le tissu sous-séreux. De façon que quand les fils tombent, il n'y a aucune ouverture de l'intestin.

C'est une opération délicate, mais qui me paraît devoir donner de bons résultats. Tous ces fils, ou plutôt tous ces points de suture forment des anses qui ferment l'ouverture, et je les fixe soit dans le canal, soit à l'ouverture supérieure du canal.

J'arrive maintenant aux *perforations chirurgicales*. Elles peuvent être pratiquées dans les différents temps qui constituent la kélotomie.

1° Dans l'incision des parties qui recouvrent le sac.

Pour éviter cet accident, je fais un pli à la peau, et j'incise ce pli soit de son sommet à sa base, soit par transfixion de sa base à son sommet. De cette manière, je respecte le sac et, à plus forte raison, l'intestin étranglé.

2° Dans l'ouverture du sac.

Dans ce temps de l'opération je cherche toujours s'il y a de la sérosité dans le sac, et partant la transparence. Je suis tranquille quand j'ai trouvé ce signe. Dans le cas contraire, je cherche à faire glisser le feuillet du sac sur les parties sous-jacentes, et je le pince comme je l'ai fait pour les téguments.

3° Malgré toutes ces précautions, le chirurgien peut encore blesser et perforer l'intestin, au moment où il pratique le débridement. L'intestin est serré et gêne l'introduction du bistouri, il peut être atteint en différents points, soit au-dessous de l'étranglement, soit au niveau du point où existe la constriction, soit au-dessus, dans le canal ou dans l'abdomen.

On a proposé, pour se mettre à l'abri de ces accidents, une série de moyens, depuis la sonde ailée de J. L. Petit jusqu'à la sonde cannelée de Vidal. Mais tous ces instruments sont faits pour protéger

l'instestin au dehors, et non au niveau et au-dessus de l'étranglement.

L'anse intestinale, située au-dessus de l'anneau constricteur, vient se placer et se replier au-dessus de ces sondes étroites, et le bistouri a grande chance de les blesser. Frappé des inconvénients de ces instruments, j'ai imaginé une sonde cannelée un peu large, que j'appelle *sonde cannelée en bateau*. Depuis que je me sers de cet instrument, je n'ai pas eu d'accident à déplorer. Cette sonde, une fois introduite, protége l'intestin contre le tranchant du bistouri.

Mais enfin, ces précautions ont été négligées, ou bien, malgré toutes ces précautions, l'intestin est ouvert; que faut-il faire?

Dans ce cas, bien plus encore que dans ceux que j'ai signalés tout à l'heure à titre d'exceptions, j'ai recours à la suture, faite suivant les préceptes que j'ai posés plus haut, en renversant les bords de la plaie en dedans de l'intestin, en adossant séreuse contre séreuse, et en maintenant la partie cousue au niveau de l'ouverture supérieure du canal.

— La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel, Bauchet.

Séance du 27 mars 1861.

Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Robert (Melchior), *Nouveau traité des maladies vénériennes*. Paris, 1861, in-8°.

Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie, t. Ier de la troisième série. Paris, 1860, grand in-8°.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, t. III, n° 9, et t. IV, n° 1er.

Mémoires des concours et des savants étrangers (publiés par la même Académie). Premier fascicole du tome V. Bruxelles, 1860, in-4°.

— M. Bouvier dépose sur le bureau, au nom de MM. J.-B. Baillière et fils, le premier volume de leur *Bulletin bibliographique des sciences physiques, naturelles et médicales*. 1re année, 1860.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. BROCA présente un malade qui porte une tumeur curieuse, au niveau de l'angle externe de l'œil. Ce malade est à Bicêtre. Il a été brûlé dans son enfance, et il lui est resté un ectropion. Au mois d'août dernier, ce garçon s'est aperçu qu'une tumeur se développait dans l'angle externe de l'œil. Cette tumeur a grossi peu à peu, et elle a acquis, comme on le voit aujourd'hui, le volume d'un petit œuf de pigeon. Elle est un peu aplatie, rougeâtre à sa surface, franchement fluctuante et transparente.

Quand on examine avec soin le siége de cette tumeur, on voit qu'elle est située au niveau des conduits lacrymaux. On aperçoit en haut deux petits orifices qui sont les orifices des conduits lacrymaux, et autour de ces points de petits pertuis appartenant aux glandules lacrymales qui sont assez nombreuses en ce point. En exposant ce jeune homme à l'action des rayons solaires, on a pu voir sourdre un liquide aqueux, transparent, des larmes en un mot, de tous ces petits orifices.

M. Broca a fait une petite ponction sur cette tumeur, il est sorti un liquide bien clair, bien fluide, bien transparent. La poche vidée, M. Broca a senti, dans le fond du cul-de-sac oculo-palpébral externe, une petite tumeur résistante, qui échappe à l'exploration quand la poche est pleine. Aujourd'hui le kyste s'est rempli.

M. Broca pense qu'il s'agit d'un kyste rempli de larmes ; — d'un **kyste lacrymal.** — Cette tumeur pourrait être rapprochée d'autres tumeurs et surtout de la grenouillette. Pour la glande lacrymale comme pour la glande sublinguale, il y a un canal excréteur ; et autour de lui une série d'autres petits canaux, qui sont les canaux de Rivinus pour la glande sublinguale, et les canalicules excréteurs des glandules lacrymales accessoires de Rosenmüller pour la glande lacrymale.

Peut-être ce kyste s'est-il établi dans un de ces canalicules. En tout cas, il y a une petite tumeur dure, résistante, que l'on sent très-bien quand le kyste est vide ; elle est constituée par l'hypertrophie d'une de ces glandules de Rosenmüller. M. Broca se propose de ponctionner le kyste et de faire une injection iodée.

— M. GIRALDÈS présente une fille de deux ans et demi qui est atteinte d'une affection assez rare et d'un diagnostic embarrassant : c'est une **tumeur congénitale** volumineuse, ayant son siége dans la région fessière, et sur laquelle M. Giraldès reviendra quand il en aura pratiqué l'extirpation. En voici la description :

D... (Joséphine), deux ans et demi, est atteinte d'une tumeur con-

génitale d'après les renseignements donnés par la famille. Cette tumeur présente les caractères suivants :

Elle siége à la fesse droite, qu'elle occupe tout entière; ses limites sont en haut le niveau de l'angle sacro-vertébral, en bas la rainure interfessière; elle s'arrête d'une façon assez nette sur la ligne médiane, laissant complétement indépendante la fesse du côté opposé : elle est irrégulièrement ovoïde et se divise presque complétement en deux grands lobes séparés vers la partie moyenne par un sillon transversal large et profond; le lobe supérieur est un peu plus volumineux que l'autre, et sur la partie culminante de ce dernier, la peau présente une teinte érythémateuse dont il n'y a pas la moindre trace sur les autres points. Mesurée à sa base, la tumeur offre une circonférence de 47 centimètres : son diamètre vertical en mesure 15 et son diamètre horizontal 11 seulement.

Elle n'est nullement douloureuse au toucher, et quand on la palpe assez profondément, on perçoit nettement la sensation d'une couche molle, spongieuse, assez épaisse à la superficie, et de masses dures, fibreuses, que l'on circonscrit assez facilement dans les plans profonds de la tumeur. Enfin, ce sillon dont nous avons parlé semble reconnaître pour cause l'absence ou l'épaisseur moindre de la couche adipeuse superficielle déjà mentionnée.

Suite de la discussion sur la réduction dans les hernies étranglées.

M. BOINET insiste sur l'usage des purgatifs. On ne recommande pas les purgatifs d'une manière absolue après la kélotomie : il faut, avant de les prescrire, consulter avec soin l'état de l'intestin. Il est des cas dans lesquels les purgatifs seraient très-nuisibles, d'autres dans lesquels leur usage est surtout indiqué. Les purgatifs administrés par l'anus doivent être surtout recommandés au début. Enfin, dans les premiers jours, après les premières vingt-quatre heures, c'est surtout aux laxatifs ou à des purgatifs doux qu'il faut avoir recours : l'inconvénient de ne pas vider l'intestin après l'opération, c'est que la présence des matières dans le bout supérieur peut être cause d'accidents.

M. JARJAVAY. Je demande la permission de dire deux mots : l'observation dont j'ai parlé a été publiée au mois d'août dernier dans la *Gazette des Hôpitaux*, et, au sujet de cette observation, je n'ai nullement songé, comme on peut le constater par la lecture, au purgatif pour expliquer la péritonite suraiguë. Ce n'est que plus tard qu'en entendant un de nos confrères des plus distingués dire qu'il n'employait pas généralement les purgatifs, je me suis demandé si le cas dont j'avais été témoin ne devait pas son insuccès à l'usage du

médicament qui fût administré. Jusqu'alors j'ai fait comme presque tous mes collègues, j'ai donné l'huile de ricin mélangée au sirop de fleurs de pêcher.

M. GOSSELIN. Des trois points principaux qui sont en discussion depuis quelques séances, il en est deux sur lesquels je n'ai jamais eu de doute et sur lesquels je n'insisterai pas, parce que tous mes collègues, si je ne me trompe, sont aujourd'hui d'accord.

Le premier est relatif à la traction de l'intestin et à l'examen de son collet, avant de se décider à le réduire. J'ai fait soixante fois l'opération de la hernie, et à part trois cas où il y avait une gangrène évidente, j'ai toujours attiré l'intestin, et je n'ai pas eu à m'en repentir. J'ai une fois agrandi une perforation. Mais qu'est-ce que cet inconvénient à côté des dangers d'une péritonite mortelle par épanchement stercoral dans le péritoine ?

Le second point est relatif à la question de savoir s'il faut réduire un intestin qui présente une petite perforation au corps ou au collet de la hernie. A cet égard je n'ai jamais hésité non plus, et je crois que personne aujourd'hui dans la Société n'hésiterait. J'ai toujours pensé que le chirurgien devait avant tout ne pas encourir le reproche d'avoir causé la mort d'un opéré ; or, exposer le malade à la possibilité d'un épanchement stercoral dans le péritoine, c'est encourir ce reproche.

Trois fois j'ai trouvé cette petite perforation dont nous nous occupons, et trois fois j'ai décidé que je ne réduirais pas l'intestin perforé. La discussion qui vient de se produire ne peut que m'engager à suivre toujours la même marche.

Reste un troisième point sur lequel il peut y avoir encore des doutes, mais à l'occasion duquel j'ai déjà dit que les faits nous manquent. Une petite perforation étant reconnue, et la réduction pure et simple étant rejetée comme trop dangereuse, faut-il faire une suture, puis réduire, ou bien inciser de suite largement l'intestin pour établir l'anus contre nature, ou bien laisser l'intestin tel qu'il est dans la plaie et attendre les événements ?

Je n'ai pas jusqu'à présent eu recours au premier de ces expédients, parce que je ne connais pas assez de succès à la suite des sutures faites sur l'intestin étranglé, et parce que, théoriquement, je crains la non-réunion sur une paroi intestinale enflammée et altérée par l'étranglement. Je me rallierais volontiers à cette manière de faire, si on me citait plusieurs exemples authentiques de guérison. Mais jusqu'ici je n'ai vu se produire ici que celui de M. Huguier. Je n'ai pas non plus eu recours d'emblée à l'établissement d'un anus contre nature, parce que, malgré la confiance que j'ai dans l'entérotomie et

l'autoplastie, j'ai considéré comme un devoir d'épargner aux malades, s'il était possible, cette triste affection. J'ai, pour les raisons qui précèdent, donné la préférence à l'abandon dans la plaie, de l'anse intestinale perforée à la suite d'un débridement convenable.

De deux choses l'une, en effet, ou bien la paroi intestinale, qui ne paraissait pas gangrenée autour de la petite perforation, l'est en réalité, et alors l'anus contre nature s'établit de lui-même inévitablement ; ou bien la paroi intestinale reste saine ; alors, en maintenant l'anse dans la plaie, la perforation laisse échapper au dehors une partie des gaz et des matières intestinales, une fistule stercorale s'établit, puis la réduction se fait peu à peu et spontanément, et lorsque la perforation arrive au niveau de la cavité péritonéale, ou bien elle est déjà cicatrisée, ou bien elle est circonscrite par des adhérences qui s'opposent à l'épanchement dans le péritoine, et tôt ou tard la fistule doit se fermer.

Je regrette, et je l'ai dit le premier jour de cette discussion, de n'avoir pas un nombre de faits plus considérable à produire. Sur deux des malades à qui j'avais ainsi abandonné l'anse dans la plaie, il y a eu gangrène, et au bout de quelques jours anus contre nature. Sur la troisième une fistule s'est faite, l'intestin a commencé à se retirer, mais la malade a succombé le cinquième jour aux accidents de l'étranglement et à la péritonite. Mais je tiens à spécifier qu'il n'y a pas eu épanchement dans le péritoine, et que la mort n'a dû être attribuée ni à la perforation ni à l'opérateur.

Dans ces trois cas, du reste, je n'ai pas employé de fil ni aucun moyen pour retenir l'intestin au dehors. Je fais de même dans les cas où j'établis un anus contre nature. L'intestin a peu de tendance à rentrer brusquement, si on a soin de ne pas le comprimer, et sa réduction spontanée étant progressive et lente, on peut compter sur les adhérences pour apporter obstacle à l'épanchement dans la cavité péritonéale.

M. DEMARQUAY. Dans la communication qui nous a été faite par M. Bauchet, il y avait deux points importants à traiter ; l'un relatif à la conduite que doit tenir le chirurgien quand, dans le cours d'une opération de hernie étranglée, il trouve une anse intestinale piquée ou légèrement perforée. Cette question a été suffisamment traitée, je n'y reviendrai point.

L'autre point également important consiste à déterminer à quelle médication il convient de soumettre un malade qui vient de subir l'opération de la kélotomie. Il est en France une pratique généralement suivie ; elle consiste, aussitôt l'opération terminée, à adminis-

trer au malade un purgatif salin ou huileux, et cela dans deux buts :

1° Pour faire cesser les mouvements antipéristaltiques de l'intestin;

2° Pour amener des évacuations alvines normales.

Cette pratique si générale, puisqu'elle est conseillée par la plupart des chirurgiens français et anglais de la première partie de ce siècle, atteint rarement son but : souvent elle provoque des vomissements; elle jette les malades dans un malaise aussi grand que celui qui précédait l'opération ; elle inquiète le chirurgien, qui reste naturellement incertain sur la cause de cet accident : il se demande si la réduction a été bien faite. Son inquiétude ne cesse que lorsqu'il a appris que son malade a été abondamment à la garde-robe.

D'autres fois cette médication, si rationnelle en apparence, dépasse le but, et alors, au lieu de vomissements, nous voyons survenir des garde-robes multipliées, qui épuisent souvent les forces du malade, si celui-ci est un vieillard.

Cette pratique, qui était celle de mes maîtres, fut suivie par moi pendant plusieurs années avec des succès divers, mais depuis cinq ou six ans, j'ai adopté la manière de faire de M. Monod, et je déclare ici bien hautement avoir obtenu des résultats bien meilleurs que ceux que j'obtenais précédemment.

Voici en quoi elle consiste : elle est d'une simplicité extrême, et elle est à peu de chose près la pratique mise en usage par tous les chirurgiens à l'égard de leurs opérés.

Dès que l'opération de la hernie étranglée est terminée et que l'individu est remis dans son lit, je lui prescris 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium en 10 pilules, une pilule toutes les heures, et une infusion chaude de tilleul ou de fleurs d'oranger.

Sous l'influence du repos et de cette médication, il se fait une détente générale dans l'économie de l'opéré, si l'opération a été faite, bien entendu, dans des conditions convenables : la peau devient moite, le pouls redevient normal, les mouvements cessent, et au bout de quelque temps le sommeil survient.

Sous l'influence de cet état, les mouvements péristaltiques de l'intestin se rétablissent, et le malade a naturellement une ou plusieurs garde-robes; il est bien entendu que pendant le sommeil du malade, on suspend l'administration des pilules d'opium, pour les reprendre au réveil, ou les cesser, suivant que la chose paraît nécessaire. L'état satisfaisant du malade sert de guide.

Mais avant tout, il faut obtenir le calme et la détente, et pour cela il faut continuer l'administration à doses fractionnées jusqu'à ce que ce résultat soit obtenu.

Cette médication, si simple et si rationnelle, puisqu'elle donne le

plus souvent les mêmes résultats que ceux que l'on cherche par les purgatifs, je ne crains pas de la recommander; elle a donné à M. Monod et à moi des résultats très-satisfaisants. Toutefois, si je rejette l'administration des purgatifs dans les premières heures qui suivent l'opération, il n'en est plus de même vingt-quatre heures après. Si alors le malade, redevenu calme, n'avait point été à la garde-robe ou n'y avait point été suffisamment, dans ce cas je n'hésite point, et j'administre un purgatif, suivant l'indication que je veux remplir, soit par la bouche, soit par le rectum.

On objectera peut-être que, pour entraîner les convictions, j'aurais dû, au lieu d'une impression, produire une statistique. Mais tous ceux qui ont fait un certain nombre d'opérations de hernies étranglées savent comme moi combien il est difficile de bien classer les cas, tandis qu'il est très-facile de constater le bien-être relatif dans lequel sont placés les malades à qui on administre l'opium, comparativement à ceux auxquels on donne les purgatifs. J'en appelle sur ce sujet à l'expérience de mes confrères.

En résumé, mon opinion est celle-ci :

1° Ne donner aucun purgatif dans les vingt-quatre premières heures qui suivent l'opération;

2° Traiter les opérés de la hernie étranglée et opérée par l'opium à doses fractionnées.

M. GIRALDÈS. Dans la discussion qui s'est élevée à l'occasion de l'observation de M. Bauchet sur la conduite à tenir dans les cas de hernies étranglées, lorsque l'intestin est perforé par la gangrène ou entamé par le bistouri du chirurgien pendant l'opération, j'ai émis une opinion qui ne paraît pas avoir trouvé d'écho dans cette enceinte, et même dans la presse médicale. J'ai soutenu que, toutes les fois qu'à la suite d'une opération de hernie étranglée on rencontrait l'intestin perforé par une petite ouverture placée au siége de l'étranglement ou ailleurs, si les parois intestinales n'étaient pas altérées, il y avait avantage à fermer la perforation au moyen d'une suture et à réduire l'intestin; que la même pratique devait être suivie dans les cas où ce viscère aurait été blessé pendant l'opération, et que le meilleur procédé de suture à employer était la suture Gely, non-seulement à cause de sa facile exécution, mais comme réunissant aussi toutes les conditions nécessaires pour obtenir l'adossement des séreuses de l'intestin.

Cette opinion, comme je l'ai dit, n'a pas trouvé faveur auprès de beaucoup de membres de cette Société; on a dit que cette pratique était plutôt fondée sur des résultats obtenus chez les animaux que

sur des faits cliniques ; que, rarement employée, on trouverait à peine dans la science trente observations de sutures intestinales. Vous avez entendu M. Gosselin dire qu'il n'avait pas grande confiance dans les sutures lorsque l'intestin malade avait été soumis pendant quelques jours à un étranglement.

Cette opinion, formulée d'une manière aussi précise, était de nature à faire rejeter de la pratique un moyen qui, dans les mains d'un de nos collègues les plus expérimentés, a donné de très-bons résultats.

C'est pourquoi je me suis demandé jusqu'à quel point on pouvait soutenir une telle assertion, et sur quelles bases elle était fondée ; y a-t-il dans les sciences des faits assez pertinents pour la faire rejeter d'une manière aussi absolue?

Je n'ai point la prétention de connaître tous les faits de ce genre consignés dans les recueils périodiques ; je n'ai ni la possibilité ni la volonté de me livrer à une pareille recherche ; néanmoins, sans beaucoup de peine et sans consulter un grand nombre d'ouvrages, j'ai réuni vingt-deux observations, dans lesquelles la suture intestinale a été pratiquée. Ces faits me semblent de nature à démontrer que l'opinion émise devant la Société ne devait pas être acceptée d'une manière aussi absolue.

Afin de mieux faire apprécier dans l'espèce les avantages et les inconvénients des sutures intestinales, j'ai groupé ensemble les cas de simple perforation et ceux de gangrène complète, dans lesquels la partie gangrenée a été réséquée en totalité, et les deux bouts de l'intestin réunis par la suture ; en procédant ainsi, j'avais les deux points extrêmes du problème à résoudre.

Les faits auxquels je fais allusion sont rangés en quatre catégories distinctes :

1° Les cas dans lesquels l'intestin hernié et gangrené a été retranché en grande partie, et les deux bouts réunis ou envaginés ;

2° Les cas de simple perforation ou de gangrène partielle à la suite de l'étranglement ;

3° Les cas dans lesquels l'intestin étranglé a été blessé dans l'acte opératoire ;

4° Quelques cas de blessures graves avec division complète ou déchirure de l'intestin, et dans lesquels la suture a été également employée.

Dans la première catégorie nous avons les faits de Ramdohr (*Disputationes anatomicæ Halleri*, t. VI), Duverger (*Mém. de l'Acad. de chir.*, t. III), Laviellé (*Journal génér. de méd.*, t. XLIII), Nolleron

(*Journal de médecine* de Vandermonde, t. XIII, p. 361), Vincent (*idem*, vol. LVI, p. 161), Diffenbach (*Arch. de méd.*, mars 1837), Astley Cooper (*Anatomy and surgical Treat. of hernia*, 2e édition, p. 19 et 20), Nayles (Astley Cooper, *ib.*, p. 53), Boyer (*Traité des maladies chirurg.*, t. VIII, p. 169). Ensemble dix observations de hernie étranglée avec gangrène, dans lesquelles la portion mortifiée a été retranchée, et les deux bouts de l'intestin réunis ou invaginés.

Un mot maintenant sur plusieurs de ces faits.

L'observation de Ramdohr est bien connue; on la trouve citée dans tous les livres. Si l'on s'en rapporte aux auteurs, Ramdohr a employé un genre de suture qui porte son nom, et qui a été même dessiné dans le mémoire de Weber (*De curandis intestinorum vulneribus*, Berlin, 1830). Cependant si on lit attentivement l'observation qui a été publiée par Mœbius, on se rend difficilement compte de ce qui a été fait; la partie gangrenée a été retranchée et les deux bouts de l'intestin ont été invaginés et maintenus : « *Ope fili*, dit Mœbius, *leniter constricti aliquo modo firmaverint.* » Il est difficile d'y reconnaître un procédé de suture, et il faut une imagination bien grande pour y trouver les éléments d'un procédé en règle. Quelle que soit l'interprétation qu'on pourra donner à cette observation, toujours est-il qu'une portion de l'intestin gangrené a été enlevée, que les deux bouts ont été invaginés, et que le malade est guéri. Un semblable résultat a été obtenu par Duverger, Laviellé, Nolleron, Vincent et Diffenbach. Ce dernier retrancha chez son malade trois pouces de l'intestin gangrené; les deux bouts du viscère ont été réunis et le malade guérit de l'opération, au point de reprendre ses travaux de la campagne. Quelques semaines après, par suite de dérèglement de régime, il succomba.

Un résultat aussi avantageux n'a pas été observé chez le malade opéré par Boyer. Après avoir retranché les parties gangrenées d'un intestin hernié, Boyer essaya péniblement l'invagination. Après des tentatives laborieuses, il acheva l'opération, mais son malade succomba.

Astley Cooper et Nayles n'ont pas été plus heureux que l'illustre chirurgien de la Charité.

Nayles, de son côté, dans un cas de hernie étranglée, réséqua quatre pouces d'intestin gangrené, réunit ensuite les deux bouts au moyen de plusieurs points de suture, et maintint près de l'anneau, par deux fils, la partie réduite. Des accidents étant survenus, le chirurgien enleva quelques points de suture. Il s'est formé un anus contre nature; le malade a guéri. Il en a été de même dans les deux faits cités par sir Astley Cooper.

Ainsi sur dix observations de gangrène de l'intestin par étranglement, dans lesquelles la partie gangrénée a été réséquée et les deux bouts de l'intestin invaginés ou maintenus par deux points de suture, six sont guéris, un est mort, et chez les trois derniers il s'est formé un anus contre nature.

Dans la seconde catégorie, nous avons à signaler les cas d'Astley Cooper (*On hernia*), Lawrence (*A treatise on hernia*, 4[e] édit., 1858), Gibson (*Instituts of surgery*, t. I[er], p. 119), Nuncianti (*Guthrie wound of abdomen*), Cloquet (*Arch. de médecine*, 1[re] série, t. XI), Laugier (*Bulletin chirurgical*, p. 17).

Ensemble sept observations de perforation intestinale ou de gangrène partielle, dans lesquelles six fois la suture a été employée avec succès. Dans le fait cité par M. Laugier, il s'est produit une petite fistule intestinale.

Dans la troisième catégorie se placent les opérations de Lawrence (*Op. cit.*), Cloquet, Jobert (*Arch. de méd.*, t. XIII, 2[e] série), Gely (*Mémoire sur la suture intestinale*), Nuncianti (*Op. cit.*). Ensemble cinq observations de blessure de l'intestin dans l'acte de l'opération de la hernie étranglée, dans lesquelles la suture a été employée avec succès. Voilà donc vingt-deux observations de sutures intestinales, pratiquées à la suite de hernies étranglées, et dont dix-sept ont été suivies d'un succès complet.

A ces faits je pourrais en ajouter d'autres appartenant à la quatrième catégorie, et comprenant des observations de blessure traumatique des intestins par arme à feu ou par déchirure, et dans lesquelles le viscère déchiré, mortifié par l'action du projectile, ou même dévié en totalité, a été réuni ou invaginé au moyen de la suture.

D'après ce qui vient d'être exposé, on peut voir que le précepte de Celse : « *Si tenuis intestinum perforatus est, nihil profici posse* » (l. VII, chap. XVI) n'est pas plus admissible que l'opinion qui rejette la suture dans les cas que nous avons déterminés. Ces faits, je me plais à le croire, montrent que la suture intestinale n'est pas une opération aussi dangereuse et aussi inutile qu'on a bien voulu le dire, et qu'en laissant même à l'écart les résultats fournis par les belles expériences de Travers, Gross, Smith, etc., et en s'appuyant seulement sur les faits classiques, on est autorisé à conclure que dans les cas de perforation des intestins à la suite des hernies étranglées, alors que les parois intestinales ne sont pas profondément altérées, il y a avantage à fermer la perforation par une suture, et à réduire l'intestin ; que la même pratique, *a fortiori*, doit être suivie dans les cas où l'intestin hernié aura été blessé dans l'opération de la hernie étranglée.

M. VERNEUIL se propose d'examiner deux points seulement du débat, qui menace de s'étendre beaucoup et de comprendre toute l'histoire de la hernie étranglée.

Lorsque l'intestin est mis à découvert, faut-il oui ou non l'attirer après le débridement? Je réponds par l'affirmative. En 1839, M. Velpeau disait : *J'ai maintenant abandonné cette pratique* (*Nouveaux éléments de médecine opératoire*, t. IV, p. 93). Ce qui indique qu'auparavant il y avait recours comme tout le monde. Dans la dernière séance, notre collègue nous a dit qu'il ne faisait plus de cette abstention une règle absolue, et que parfois il attirait l'intestin; il nous a donné le résumé succinct de sa pratique.

Notre éminent confrère pense donc qu'il faut encore s'abstenir d'attirer l'intestin :

1° Quand il n'y a aucune apparence de gangrène;
2° Quand il n'existe pas de perforation;
3° Enfin, quand l'intestin paraît parfaitement sain.

Voilà des indications précises; mais, je crois que la réunion de toutes ces conditions est rare dans la hernie étranglée. Je reconnais que la gangrène et les perforations sont peu communes, mais j'affirme, en revanche, qu'il est exceptionnel de rencontrer, au moment de l'opération, l'intestin *parfaitement sain*. En conséquence, l'abstention préconisée par M. Velpeau sera rarement indiquée. Je vais plus loin, et je dis que les apparences sont infiniment trompeuses, et qu'un intestin qui paraît absolument sain est quelquefois profondément altéré, sans qu'on puisse le prévoir avant l'examen direct du point qui a supporté la constriction. Et ceci n'est point une assertion banale : des exemples concluants ont été cités dans le cours même de cette discussion. M. Broca opère une hernie; l'intestin semble en très-bon état, il allait réduire sans examiner le point strangulé, cependant il se ravise, explore et trouve une petite perforation. J'opère une hernie crurale; l'intestin me paraît si peu malade, que je regrette de n'avoir pas temporisé; je n'attire point l'anse herniée, je la réduis; quelques minutes après, elle crève dans l'abdomen : péritonite foudroyante. Voilà des faits sans réplique. Il est donc impossible d'affirmer qu'un intestin est parfaitement sain, lorsqu'on n'a examiné que la partie saillante de l'anse et qu'on a négligé de regarder le point étranglé lui-même; on ne peut apprécier l'état de ce dernier, qu'en attirant l'intestin. Pour moi donc cette manœuvre est indispensable.

M. Velpeau disait encore qu'il n'y avait pas grand danger à s'abstenir. Mon observation, fût-elle unique dans son genre, démontrerait le con-

traire. Mais je suppose qu'il y ait section complète ou incomplète de l'intestin, notre collègue ajoute qu'il est également périlleux de l'attirer au dehors et de le réduire; car si on l'attire, on peut agrandir la section ou la compléter, et si on le réduit, on s'expose à l'épanchement stercoral consécutif. Ceci est vrai, mais ne constitue pas une solution pratique; or de deux maux il faut élire le moindre. Remarquez d'ailleurs que, s'il est un point qui exige impérieusement un plan solidement arrêté d'avance, c'est sans contredit celui-là; on tient entre ses mains la vie de l'opéré, et l'hésitation n'est pas permise. Si on fait fausse route, le malade peut succomber en quelques heures; c'est ce qu'il ne faut jamais perdre de vue.

Pesons donc comparativement les dangers inhérents aux deux pratiques : ou l'intestin est sain, ou il ne l'est pas; s'il est sain, une traction modérée, méthodique, exécutée avec douceur, et après un débridement convenable, ne me paraît avoir *aucun inconvénient*. Mais s'il est ramolli, s'il est incomplétement coupé, de manière qu'une seule ou deux des tuniques résistent encore, on dit que la traction de l'intestin sera nuisible, car dans ces conditions il faut très-peu de chose pour le déchirer; et s'il existe déjà une petite perforation, on l'agrandira. On peut répondre que si l'intestin offre les états pathologiques susénoncés, il ne peut être considéré comme sain, et si la traction doit séance tenante amener la rupture, ce sera tant mieux, car elle se fera à l'extérieur, sous les yeux du chirurgien, qui pourra y remédier sur-le-champ par des moyens efficaces.

Le danger consiste, précisément, à réduire un intestin endommagé, parce que sa déchirure est imminente pendant des jours et des semaines entiers. Cette déchirure tardive n'amène pas toujours la mort, c'est vrai, mais elle l'occasionne trop souvent encore; et si la guérison survient, le bon vouloir de la nature en fait seul les frais.

Si on soupçonne, dit M. Velpeau, une altération de l'intestin, et si l'on redoute une rupture immédiate ou prochaine, on réduit tout doucement l'intestin, de façon qu'il reste près de l'anneau. S'il se déchire à l'instant même, on ne lui donne pas le temps de se retirer, on le saisit avec des pinces, et on le ramène au dehors : c'est là un conseil sage, mais je crains bien qu'il présente des difficultés d'exécution au lit du malade.

On dit encore qu'en attirant l'intestin, on s'expose à détruire les adhérences qu'il a contractées au voisinage de l'anneau, et qui préviendraient au besoin l'épanchement stercoral dans le cas de rupture consécutive de l'anse herniée. Mais on oublie que ces adhérences sont précisément détruites par la réduction; l'objection reste donc sans valeur.

J'en resterais là, si M. Velpeau était seul de son opinion. Malgré son immense autorité, il ne pourrait faire prévaloir son sentiment contre l'avis unanime et contraire de tous les autres chirurgiens; mais il a trouvé des adhérents dans cette enceinte et au dehors. Je crois devoir suivre ces derniers, et combattre par tous les moyens scientifiques une doctrine que je crois défectueuse, et qui peut conduire les praticiens dans une mauvaise voie.

J'ai déjà dit que Philippe Boyer avait presque tout à fait renoncé à attirer l'intestin au dehors; ceci s'explique jusqu'à un certain point, car il opérait de très-bonne heure, et lorsque l'intestin n'était altéré ni par la durée de l'étranglement ni par les effets d'un taxis prolongé. En se plaçant même dans ces conditions, on ne peut rejeter la traction de l'intestin, car nous savons que dans la hernie crurale, par exemple, l'intestin peut être coupé en quelques heures, et puis, soit dans les hôpitaux, soit dans la ville, on est souvent obligé d'opérer tard, parce que les malades et leurs médecins temporisent plus qu'il ne conviendrait.

Mais voici venir un dissident qui pourrait peser fortement dans la balance : c'est M. Malgaigne, que ses longues études rendent si compétent dans la question des hernies en particulier. Il faut que je sois trois fois convaincu pour combattre une autorité aussi imposante, et que je tiens d'ailleurs en si grande estime. D'un autre côté, une assertion émanée d'une telle source a si grande chance de faire loi qu'on doit la critiquer d'autant plus soigneusement si elle paraît contraire à la prudence.

Dans la dernière édition du *Manuel de médecine opératoire* (1861), le précepte d'attirer l'intestin est tout à fait passé sous silence. Le livre sert de guide à un grand nombre d'élèves et de médecins. L'omission serait donc sérieuse si elle tenait à un oubli; mais dans une autre publication, rédigée d'après l'enseignement oral du savant professeur, on trouve un passage qui lève tous les doutes.

« Quand l'intestin, dit M. Malgaigne, est ainsi accessible à l'œil, » quelques chirurgiens disent qu'il faut l'attirer au dehors pour voir » dans quel état il se trouve; pratique funeste et dangereuse à la- » quelle, hâtons-nous de le dire, on a généralement renoncé. En » effet, quelle utilité à tirer ainsi l'intestin au dehors au risque de le » rompre? Ne l'attirez donc pas quand vous ne verrez ni ulcération » intestinale ni ulcération dans le sac. » (*Moniteur des hôpitaux*, 1er février 1855, 26e leçon sur les hernies, cours à la Faculté, 1854, publié par M. le docteur Doumic.)

M. Malgaigne n'est pas de ceux qui prêchent dans le désert; si ses auditeurs ont pris au pied de la lettre le passage précédent, c'est par

centaines qu'il faut compter les praticiens qui négligeront désormais d'attirer l'intestin au dehors. Il n'est donc pas sans importance de leur dire contradictoirement qu'ils s'exposent par là à des mécomptes graves. Si M. Malgaigne prenait encore part à nos travaux, et je regrette bien vivement qu'il en soit autrement, peut-être accepterait-il les arguments que j'ai accumulés déjà en faveur de la manœuvre classique. Je lui dirais d'ailleurs que ce n'est pas *quelques chirurgiens*, mais bien la presque totalité des auteurs et des praticiens qui ont recommandé et recommandent encore d'attirer l'intestin, et que si on comptait les autorités des deux côtés le nombre serait en faveur du précepte.

A la vérité, comme nous le verrons plus loin, l'opposition de M. Malgaigne est plus apparente que réelle, car à la place du précepte qu'il rejette, notre grand maître nous recommande un expédient qui remplit à la rigueur le même but.

Je rencontre encore dans le camp des opposants M. Jarjavay, professeur d'anatomie de la Faculté, qui propose une restriction au principe que je défends, et cela dans un cas où plus que dans tout autre son observation me semble indispensable. M. Jarjavay conseille, en effet, de ne point attirer l'intestin dans les entérocèles crurales de petit volume où l'intestin est tellement serré par un anneau tranchant qu'il garde longtemps, toujours peut-être, l'empreinte indélébile de l'étranglement violent qu'il a subi.

Dans des circonstances semblables quelques heures suffisent pour couper les tuniques intestinales en totalité ou en partie, alors que le reste de l'anse herniée paraît tout à fait indemne, de sorte que l'opération, même la plus précoce, ne met point à l'abri de l'épanchement stercoral ultérieur. C'est alors qu'il est urgent d'examiner le point étranglé. J'ai donc été fort surpris d'entendre M. Jarjavay recommander la réduction simple, et les motifs qu'il allègue m'ont paru peu satisfaisants : d'abord, il pense hypothétiquement que plus d'une fois des perforations nées dans ces conditions ont été méconnues et réduites par le chirurgien, qui ne soupçonnait pas leur existence. Cette supposition, tout à fait gratuite, ne peut en rien compter dans le débat. Puis, ajoute M. Jarjavay, ces perforations sont très-difficiles à apercevoir au fond du sillon étroit et profond tracé sur l'intestin par l'anneau tranchant; pour les distinguer, il faudrait déplisser ce sillon, ce qui serait dangereux.

Mais si ces pertuis sont si malaisés à découvrir, c'est une raison de plus, ce me semble, pour attirer l'intestin. Sur la foi de cette prétendue difficulté de constater les perforations, notre collègue préfère ne pas les chercher et réduire; mais de ce qu'on n'a pas voulu re-

connaître l'imminence du péril, s'en croit-on à l'abri? Point du tout, on reporte dans l'abdomen un intestin dont la lésion a deux chances pour une d'amener la mort :

1° Par perforation et épanchement stercoral ;

2° Par rétrécissement permanent qui empêchera le rétablissement du cours des matières.

M. Jarjavay cite une observation qui n'est pas de nature à faire beaucoup de prosélytes à cette pratique : une hernie crurale est opérée; la constriction est extrême ; une petite perforation existe sans doute au fond du sillon; on réduit, tout se passe bien pendant quatre ou cinq heures; alors survient une péritonite foudroyante qui accomplit son œuvre en moins de deux heures. A la vérité, on avait administré après l'opération un purgatif, et c'est lui qu'on accuse d'avoir provoqué l'issue funeste. Or je crois qu'en son absence les fluides et les gaz contenus dans le bout supérieur et retenus par le rétrécissement de l'intestin auraient rempli le rôle qu'on attribue au médicament.

L'analyse de ce fait montre que la catastrophe est due à l'épanchement stercoral ; que celui-ci reconnaît pour cause la perforation et non le purgatif ; que cette perforation a été funeste, parce que l'intestin a été réduit, et que ce dernier aurait dû être fixé au dehors, d'abord parce qu'il était percé, ensuite parce qu'il conservait un rétrécissement à la suite de la constriction très-violente qu'il avait supportée.

Ce rétrécissement à lui seul, et même sans perforation complète, constitue une contre-indication formelle à la réduction, car, reporté dans le ventre, l'intestin est très-enclin à se rompre si le point serré est trop affaibli pour supporter la distension ultérieure par les matières intestinales, distension inévitable et qu'il faut même espérer, car sans cela la rétention continuerait avec ses suites fatales.

J'en conclus que, si dans des cas semblables quelque chose doit être proscrit d'une manière absolue, c'est la réduction incertaine et non le purgatif, qui remplit après l'opération une indication fort utile.

Et à ce propos, je reviendrai brièvement sur un conseil donné par M. Bauchet dans les remarques qui suivent son intéressante observation. Je félicite d'abord notre collègue de nous avoir fait connaître un fait malheureux plus instructif que ne le serait un succès ; mais je n'approuve pas la conduite qu'il se propose de suivre à l'avenir en présence d'une perforation limitée de l'intestin. « Je passerais, dit-il, » un fil dans le mésentère... je réduirais l'intestin... Puis, loin de » provoquer les garde-robes par les purgatifs (ce qui me paraît en ce

» cas une mauvaise pratique), je donnerais à l'intérieur des opiacés » soit par la bouche, soit en lavements. »

Je ferai remarquer à M. Bauchet que l'usage des opiacés aurait cet inconvénient très-sérieux de provoquer la constipation, et de laisser stagner dans l'intestin distendu et demi-paralysé des gaz et des liquides très-délétères, à l'absorption et à la rétention desquels sont dus en grande partie ces accidents adynamiques, ces symptômes d'infection générale qui accompagnent si souvent les obstructions intestinales et l'étranglement herniaire en particulier. Que dans les perforations intra-abdominales plus ou moins spontanées et soustraites à l'œil aussi bien qu'à la main, on tente l'usage des narcotiques à haute dose, rien de mieux, car on n'a pas d'autre ressource; mais ici on a de meilleurs moyens; il faut, puisqu'on le peut, satisfaire à l'indication si urgente de vider l'intestin. Et l'établissement de l'anus contre-nature remplit parfaitement le but.

Récapitulons, pour nous résumer, les trois cas qui se présentent dans la pratique :

1° L'intestin peut être sain en apparence; ce cas est rare.

2° Il est plus ou moins profondément altéré, rouge, livide, tuméfié, toutefois sans apparence de perforation ni de gangrène.

3° Il est perforé ou gangrené.

Nul doute que dans les deux premiers cas il ne faille attirer l'intestin, si l'on accepte les arguments que je viens d'exposer. Le troisième est plus embarrassant, car les avis sont loin d'être concordants. L'intestin présente une perforation, ou une tache gangreneuse, ou une gangrène confirmée avec affaissement des parois et une large brèche, en un mot, des lésions telles qu'on croit utile de retenir l'intestin au dehors et d'établir d'emblée un anus contre nature. Convient-il d'attirer l'anse herniée? Les anciens chirurgiens le faisaient pour s'assurer de l'état des parties non-seulement au niveau de l'anneau, mais encore au-dessus de cet anneau. Déjà dans le cours de la discussion quelques-uns de nos collègues se sont incidemment prononcés pour une pratique contraire. Si on abandonne l'intestin dans la plaie, et si l'on confie à la nature le soin de réparer les désordres causés par l'étranglement, il est inutile, suivant eux, d'attirer le viscère, et ceci même peut être nuisible en détruisant les adhérences salutaires qui le maintiennent collé à l'anneau.

Cette objection, tirée du respect des adhérences, a sa valeur; c'est la seule qu'on puisse opposer au précepte si important de l'examen du point étranglé; elle serait sans réplique et jugerait la question si on adoptait toujours la formation de l'anus contre nature dans le cas de gangrène grande ou petite. Mais le traitement de cet accident ren-

ferme un certain nombre de méthodes et de procédés dont l'exécution ne ménage nullement les adhérences en question. Ainsi on les détruit toutes les fois qu'on reporte l'intestin dans le ventre après avoir fait la suture, l'invagination ou la fixation de l'anse herniée à l'aide du fil passé dans le mésentère ou à travers les lèvres de la plaie. Dès lors, je ne vois pas pourquoi ceux qui adoptent la réduction n'examineraient pas préalablement le point strangulé.

Cette inspection, même dans le cas présent, est fort utile, et voici pourquoi : si l'état d'intégrité apparente de l'anse herniée n'indique pas d'une manière précise l'état du collet, à plus forte raison la présence d'une perforation, d'une plaque mortifiée, siégeant sur la partie saillante de l'anse, n'exclut pas davantage le soupçon d'une altération concomitante grave portant au niveau de l'agent constricteur. Tout le monde est d'accord pour reconnaître la nature très-différente des perforations inflammatoires ou gangreneuses et de ces sections linéaires complètes ou incomplètes que l'anneau fibreux, agissant comme une ligature, fait subir à l'intestin; dès lors rien n'empêche qu'une anse étranglée soit à la fois sphacélée à son sommet et sectionnée à son pédicule. Je suppose donc qu'on reconnaisse en mettant l'intestin à nu une de ces perforations très-petites dont parle M. Velpeau, ou qu'on ait eu le malheur de blesser involontairement l'intestin, il faudra nonobstant explorer la partie herniée tout entière, car si on se contentait de prendre des précautions contre la solution de continuité superficielle et qu'on négligeât l'ulcération profonde, celle-ci, reportée dans le ventre, pourrait fort bien s'y rompre et amener la mort.

Ceci n'est point une hypothèse faite à plaisir pour les besoins de la cause, et sans aller plus loin je trouve dans l'ouvrage de M. Velpeau lui-même un fait qui la démontre de la manière la plus péremptoire (*Élém. de méd. opérat.*, t. IV, p. 94) : « Notre collègue opéra en 1824, » à l'hôpital de perfectionnement, une femme de cinquante-cinq ans. » L'étranglement datait de quarante heures. Après avoir débridé, il » réduisit l'intestin, à l'exception de la partie la plus saillante, qui » était gangrenée, et il arrêta l'ouverture dans l'anneau. La malade » succomba le surlendemain. Le contour organique qui avait supporté » la constriction offrait l'ulcération susindiquée, et il existait près de » son bord mésentérique une perforation par où les matières s'étaient » épanchées dans le ventre. »

Ce fait, qui milite contre la réduction même partielle d'une anse altérée et qui plaide en faveur de la formation immédiate de l'anus contre nature, montre également combien il est indispensable d'examiner soigneusement toute l'étendue des parties étranglées.

En résumé, je ne vois guère qu'une circonstance dans laquelle on puisse à la rigueur se dispenser d'attirer l'intestin : c'est lorsqu'on retient, gangrenée ou non, toute l'anse herniée. Mais alors, comme je propose de le démontrer plus tard, la prudence veut qu'on fixe solidement les deux bouts dans la plaie. C'est pourquoi on sera souvent encore dans l'obligation d'entraîner plus ou moins ces bouts en dehors, moins pour les explorer que pour placer les fils sur une portion assez saine pour en supporter l'action. Cette manœuvre sera quelquefois nécessaire même pour passer la simple anse de fil ciré à travers le pli fait au mésentère.

La traction de l'intestin, après le débridement, ne souffre donc guère d'exceptions. A la vérité, on pourrait invoquer, pour en restreindre l'emploi, deux arguments dont j'ai réservé l'examen pour la fin. Le premier est tiré de succès nombreux qu'on dit avoir obtenus par la méthode de J. L. Petit, c'est-à-dire par la réduction sans ouverture du sac. Incessamment rejetée, cette méthode renaît incessamment, et les chirurgiens anglais la préconisent vivement en ce moment même pour la hernie crurale. Ils fournissent à son appui des statistiques portant sur des nombres assez imposants. Je ne veux pas introduire ici ce nouvel élément de controverse dans une discussion qui menace déjà d'être confuse, et j'aimerais mieux voir ce point devenir l'objet d'un débat distinct. Cependant, je ne puis m'empêcher de reconnaître que si des guérisons nombreuses sont obtenues lorsqu'on ménage le sac, l'examen direct du point strangulé n'a pas toute l'importance que je suis porté à lui accorder. Dans ce cas, il suffit de prouver l'inutilité de l'inspection directe du collet, et le précepte d'attirer l'intestin tombera de lui-même. L'abandon du but entraînera naturellement l'abandon du moyen ; mais en attendant cette démonstration, je crois devoir persister.

Le second argument est plus spécieux, je dirai même assez valable. Nous avons vu plus haut ce que pense M. Malgaigne du conseil d'attirer l'intestin. L'arrêt de proscription qu'il prononce repose sur une base assez solide. Ce très-savant chirurgien préconise fortement dans l'opération de la kélotomie une modification au procédé généralement adopté, modification déjà anciennement proposée et qui consiste à faire les incisions cutanées directement au niveau du siége de l'étranglement, afin d'arriver à ce siége par le plus court chemin. Au lieu de mettre à nu, comme on le fait généralement, le corps de la hernie, ce qui implique le débridement profond fait à l'aveugle à l'aide du bistouri conduit loin de l'œil sur la pulpe du doigt ou sur la cannelure de divers instruments plus ou moins protecteurs, M. Malgaigne veut qu'on incise l'anneau constricteur à ciel ouvert, à petits coups et de

dehors en dedans. On aperçoit alors au grand jour la rainure circulaire creusée sur l'intestin, dont la transparence du péritoine permet déjà d'observer l'état. En opérant ainsi, l'exploration directe du collet est évidemment possible sans traction et sans déplacement notable de l'anse herniée : donc le but est rempli, et il devient superflu d'attirer l'intestin.

Sur ce nouveau terrain la conciliation devient possible, et je puis dire à mes honorables contradicteurs : Il me faut un moyen quelconque de voir ce qui se passe au niveau de l'étranglement ; faute de mieux j'attirais l'intestin au dehors. Cette manœuvre a des inconvénients que vous avez exagérés, à mon avis, mais que j'admets cependant dans certaines limites. Vous m'offrez à la place un procédé qui rend la traction inutile et qui remplit l'indication que je considère comme formelle, j'accepte provisoirement votre procédé sous bénéfice d'inventaire. Je fais mes réserves, car peut-être n'est-il pas indifférent, dans les hernies inguinales, par exemple, dont le collet est très-élevé, de débrider sous la peau loin de l'embouchure externe de la plaie, ou d'entailler toute la paroi antérieure du canal inguinal, pour mettre à découvert l'agent constricteur. Peut-être encore, dans certaines hernies crurales, n'arrivera-t-on jamais à atteindre avec l'œil le pourtour de l'orifice qui étrangle, etc. Mais ceci devrait être discuté dans un paragraphe à part.

La controverse ne porte de fruits sérieux que lorsqu'elle conduit à des conclusions quelque peu précises, sinon définitives. En supposant qu'ils le puissent, les praticiens ne se décideront peut-être pas à méditer longuement et sur documents écrits le pour et le contre, comme nous venons de le faire. D'ailleurs la kélotomie n'est pas une de ces opérations qu'on puisse interrompre pour courir à ses livres et s'enfermer dans son cabinet. Il faut donc des solutions courtes, faciles à retenir, préparées à l'avance et qui dirigent hardiment la main. Je vais donc formuler quelques propositions ne renfermant à coup sûr rien de neuf, mais qui, répétées encore une fois et recevant votre assentiment général, raffermiront une règle opératoire qu'on essaye mal à propos de détruire.

Je débute par une règle qui est pour moi un axiome applicable à toutes les opérations de hernie étranglée.

Toute portion d'intestin qui est reportée dans l'abdomen doit être au préalable soumise à l'exploration directe par la vue.

1° Si donc, au terme d'une kélotomie, la réduction paraît au premier coup d'œil indiquée, il faut avant d'y procéder faire l'examen du point circonscrit qui a supporté la constriction, car son intégrité

ne saurait nullement se déduire des apparences plus ou moins normales qu'offre la portion libre de l'anse herniée.

2° Ce précepte ne me paraît pas admettre d'exception, mais il est plus indispensable que jamais quand la hernie est crurale ou congénitale, de petit volume, formée par l'intestin seul et serrée par un étroit anneau ; il faudrait l'observer alors même que l'étranglement ne daterait que de quelques heures.

3° Si l'intestin est altéré à ce point que l'on juge d'emblée la réduction impossible et la formation d'un anus contre nature inévitable, on pourra quelquefois se dispenser d'examiner directement le point strangulé, à la condition qu'on retienne dans la plaie, avec ou sans excision, la totalité de l'anse herniée.

4° L'exception n'existerait plus si on ne retenait au dehors qu'une partie de cette anse, et si on en réduisait une autre partie; car alors, en négligeant le précepte, on enfreindrait l'axiome absolu inscrit plus haut.

5° L'inspection *de visu* du point soumis à la constriction se réalise de deux manières :

A. Par des tractions exercées sur l'intestin dans le but d'amener à la vue le pédicule de l'anse étranglée.

B. Par une disposition telle des incisions cutanées, qu'elles mettent à découvert l'agent constricteur lui-même. Celui-ci incisé, le simple écartement des lèvres de la plaie permet l'examen en question.

6° Ces deux modes présentent des avantages et des inconvénients respectifs ; mais leur adoption ou leur rejet sont tout à fait subordonnés au choix qu'on fera, dans la kélotomie, entre le procédé ancien et le procédé à ciel ouvert. Il faut donc s'abstenir de toute exclusion jusqu'à prééminence démontrée de l'un des deux procédés sur l'autre.

7° Quel que soit celui des deux qui l'emporte, l'examen du point strangulé devra toujours rester un des temps essentiels de l'opération de la hernie étranglée.

J'aborde maintenant la question des perforations, et, pour simplifier, je ne m'occuperai que de celles qui n'offrent que des dimensions restreintes, 5 à 6 millimètres au maximum. Est-il permis de réduire l'intestin qui les présente, sans se préoccuper des accidents ultérieurs qui peuvent survenir, et sans prendre de précautions spéciales contre l'épanchement stercoral ?

Si je récapitule ce qui a été dit jusqu'à présent dans cette enceinte, vous seriez en général peu disposés à adopter cette conduite aventureuse, et vous chercheriez au contraire à en éviter les suites redoutables : ceux-ci par la suture perdue, ceux-là en fixant l'intestin par

les procédés de Lapeyronie, de Verduc, de Palfin, etc.; d'autres inclineraient vers la formation d'un anus contre nature : MM. Boinet, Chassaignac, Broca, Bauchet, Giraldès, Gosselin, Guérin, Huguier, Richet, ont parlé dans ce sens. Si donc on mettait la réduction aux voix, elle serait rejetée à la presque unanimité : c'est un accord imposant qu'il est bon de constater.

M'en rapportant aux écrits de 1839, j'avais attribué à M. Velpeau une doctrine tout opposée, qu'il semble, à la vérité, abandonner aujourd'hui. De plus, j'avais cru voir que cet éminent chirurgien poussait alors jusqu'à l'extrême la tendance à réduire l'intestin, avec les auteurs qui pensent que la réduction est un moyen efficace de conjurer une gangrène imminente.

M. Velpeau a jugé utile de s'expliquer dans une des dernières séances, et il m'a paru qu'il était aujourd'hui plus réservé qu'il y a vingt ans.

Permettez-moi de citer quelques courts passages de la deuxième édition des *Eléments de médecine opératoire*, t. IV, 1839.

Page 161 : « Les plaies, les perforations sans gangrène, dans une » hernie par exemple, guérissent le plus souvent sans l'intervention » d'aucune espèce de suture; repoussé dans le ventre, l'intestin reste » derrière l'anneau..... » Notons que l'on ne mentionne point ici les dimensions des plaies ou des perforations qui laissent espérer la guérison.

A la page 105 nous lisons : « Du reste il est une foule d'altérations » dont la rentrée dans le ventre serait incontestablement le meilleur » remède : ainsi l'ulcération concentrique ne devra pas arrêter si » elle se borne à la membrane interne, ou même à la membrane » charnue si elle ne va pas jusqu'à perforer l'intestin.....»

Puis page 141 : « Si la mortification de l'intestin était bornée à la » tunique péritonéale ou ne s'étendait pas jusqu'à la membrane mu» queuse, on pourrait, comme le recommande Desault, faire rentrer » les parties et attendre tout des ressources de l'organisme..... »

M. Velpeau, à la même époque, tout partisan qu'il était de la réduction quand même, reculait pourtant devant la gangrène de l'intestin : « La gangrène, disait-il, est l'accident qui s'oppose à toute » tentative de réduction ; mais il ne faut pas, ajoutait-il, s'en laisser » imposer par de fausses apparences..... »

Or vous savez que les caractères de la gangrène intestinale sont souvent douteux, et qu'il est très-difficile de préciser exactement le degré d'altération qui indique la cessation immédiate de la vie dans une anse étranglée. Certains chirurgiens se montrent, sous ce rapport, beaucoup plus difficiles à convaincre que d'autres. M. Velpeau

est du nombre. Parmi les fausses apparences de la gangrène (page 106), il range la coloration brune, noirâtre, violacée, la séparation par petits lambeaux du péritoine, devenu rugueux et privé de son aspect lisse et humide, l'odeur fétide des matières fécales, donnée à tort comme caractéristique, et jusqu'à la coloration ardoisée, grise et cendrée.

D'après cela, on pourrait donc réduire sans hésitation un intestin offrant tous ces caractères, mais conservant sa forme arrondie et sa rénitence. Déjà même nous avons vu que la mortification superficielle, allant jusqu'à la muqueuse exclusivement, n'arrêtait pas M. Velpeau, qui avance encore que si l'existence de la gangrène est contestable, *la prudence* veut qu'on fasse rentrer l'intestin dans le ventre.

Comme, en suivant ces préceptes, M. Velpeau a obtenu des résultats satisfaisants dans ses opérations de hernies étranglées, on conçoit sans peine qu'il ne s'effraie guère des perforations et des ruptures intestinales qui peuvent se faire dans l'abdomen après la kélotomie, car ces complications, qui nous inspirent tant d'effroi, ont dû s'offrir bien souvent à son observation.

Cependant il est juste de dire que notre collègue n'ignorait pas les dangers que cette pratique pouvait entraîner; d'autres passages du même livre en font foi.

Vous serez de mon avis, après avoir entendu le texte suivant :

« Tant que la tunique péritonéale est seule malade, que la mem- » brane charnue n'est pas entièrement traversée, ou que la couche » muqueuse conserve son épaisseur, on peut remettre le tout dans » l'abdomen *sans danger;* mais alors les plus grands ménagements » seraient nécessaires, car ces diverses tuniques étant en même » temps ramollies, la moindre traction en terminerait sur-le-champ » la rupture, ainsi que je l'ai vu sur une femme opérée sous les yeux » de M. Roux, et qui mourut le lendemain..... »

« MM. Lawrence et Roux, qui l'ont signalé avec plus d'insistance » que Boyer, auraient pu ajouter que cette rainure va quelquefois jus- » qu'à perforer en entier le tube intestinal, et à produire un épan- » chement mortel dont on chercherait mal à propos l'origine dans une » ulcération gangreneuse..... » Page 94.

A la page 163 sont signalés de nouveau les dangers de l'ulcération de l'intestin.

« Si, comme il arrive assez souvent, l'intestin était ulcéré, coupé » en travers sur l'un de ses points, dans l'anneau, par exemple, la » réduction offrirait peu de chances de guérison, et ne permettrait » guère d'espérer l'établissement spontané d'un anus contre nature » simple... Les adhérences peuvent à la vérité conjurer les accidents;

» mais pour peu qu'elles tardent ou soient incomplètes, une certaine » quantité de matière s'épanche dans les environs d'un abcès sterco- » ral, d'où rupture dans le péritoine, ou dans quelque autre organe » creux, ou dans l'épaisseur des parois de l'abdomen. » A l'appui trois faits sont cités, deux d'entre eux terminés par la mort; dans le troisième, on parle d'un abcès stercoral, mais l'issue définitive n'est point indiquée.

Certes, quiconque lirait ces derniers passages sans avoir pris connaissance des premiers, frémirait, rien qu'à l'idée de reporter dans l'abdomen un intestin superficiellement mortifié ou ulcéré en partie ou en totalité au niveau de l'anneau contricteur.

Certes je ne reproche nullement à notre savant collègue d'avoir exposé le pour et le contre; mais je m'étonne de l'absence de toutes conclusions.

Quand l'intestin est coupé, ulcéré incomplétement, perforé, blessé dans une petite étendue, superficiellement mortifié, réduisez, dit M. Velpeau, et confiez-vous à la nature. J'ai trouvé une anse intestinale perforée en trois endroits; un autre jour, j'ai eu le malheur d'ouvrir l'intestin dans l'étendue de huit lignes. Dans les deux cas j'ai réduit, et je n'ai pas eu d'accidents.

Si la gangrène est contestable, réduisez toujours. Voilà ce qu'on lit aux pages 161, 163, 105, 141.

Dès lors on a droit d'être surpris en lisant aux pages 94, 163 :

Que si l'on reporte dans le ventre l'intestin ulcéré, ramolli, réduit à sa membrane muqueuse, on aura peu de chances de guérison, car les adhérences pourront manquer, et l'épanchement stercoral pourra se faire dans le péritoine, dans un organe creux, dans le tissu cellulaire. J'ai observé, dit M. Velpeau, un cas de mort avec M. Florence, un autre avec M. Roux, un autre dans le service de M. Lherminier, un autre dans ma propre pratique, etc. Certes voilà de quoi causer de légitimes alarmes.

Entre les textes de 1839 et les préceptes que M. Velpeau a développés l'autre jour, il y a cependant une différence. Dans sa dernière allocution, notre collègue s'est appliqué à préciser les cas dans lesquels il était permis de tenter la réduction, savoir :

1° Quand les perforations sont très-petites;

2° Quand l'intestin autour de la solution de continuité paraît tout à fait sain;

3° Quand on soupçonne que la hernie contient une portion de l'iléon très-rapprochée du jéjunum, à cause des dangers des anus contre nature situés près de l'estomac.

Voici des indications formelles. Voyons maintenant si elles étaient

réalisées dans les faits de M. Velpeau. On peut admettre que l'intestin était à peu près sain dans le cas de perforation traumatique. L'étranglement en effet ne datait que de vingt-quatre heures, et j'accorde que les tuniques étaient à peu près normales autour de la plaie; mais celle-ci avait huit lignes d'étendue et son axe était parallèle à celui de l'intestin, circonstance qui, d'après les expériences faites sur les animaux, est favorable à l'écartement des lèvres. Une solution de continuité intestinale qui mesure huit lignes, ne peut être considérée comme une perforation de petite dimension. Ce premier fait n'est donc pas conforme au premier précepte.

Dans les quatre autres cas, les perforations étaient petites, à la vérité; mais, en revanche, elles étaient le plus souvent multiples. Deux fois on en comptait trois, situées à une petite distance les unes des autres; une fois il y en avait deux; une fois la perforation était unique. C'était, nous dit M. Velpeau, une éraillure peut-être causée précisément par la traction exercée sur l'intestin par le chirurgien. La condition de dimension restreinte ne faisait donc pas défaut dans les cas susdits. Mais l'intestin était-il réellement sain au pourtour des perforations? On l'énonce formellement dans l'observation publiée par M. Piachaud. Mais dans le premier cas, édité en 1839, il n'en était rien : car il est dit : « Une anse d'intestin grêle qui se voyait au fond » du sac avec une *teinte livide très-suspecte* conservait cependant as- » sez de fermeté pour éloigner l'idée de gangrène... Elle était ulcérée » en trois endroits. La pression faisait sortir les matières intestinales » par les trois ouvertures, qui étaient renversées en cul de poule, » distantes de deux à trois lignes l'une de l'autre, et situées sur la » partie convexe de l'intestin... »

Je me demande si l'on peut regarder comme tout à fait saine une anse intestinale qui présente une teinte livide très-suspecte, et qui est percée en plusieurs points dans un endroit où ne portait pas directement l'étranglement.

Les deux autres observations n'ont point été publiées *in extenso*. Nous ne pouvons donc savoir si l'intestin était plus sain que dans la précédente. Mais jusqu'à preuve du contraire, je croirai que l'existence d'une perforation spontanée, grande ou petite, suppose dans l'état des tuniques intestinales une altération sérieuse, inflammation, ramollissement, peu importe. La rougeur, l'injection manqueront peut-être; mais la perte de consistance est suffisante à mes yeux pour démontrer une grave lésion de tissus. C'est pourquoi, lorsqu'on me dit qu'une traction modérée faite sur un intestin a suffi pour l'érailler et le perforer, j'en conclus que cet intestin n'était pas dans son état normal, qu'il était préalablement ramolli, friable, et qu'il ne

remplissait pas les conditions permettant la réduction d'après les préceptes posés par M. Velpeau lui-même.

Reportons-nous, Messieurs, à nos connaissances générales en anatomie pathologique, et rappelons-nous l'histoire des perforations spontanées. A l'estomac, à l'intestin grêle ou gros, nous observons souvent des ulcérations limitées, circonscrites, qui peuvent perforer toutes les tuniques et produire l'épanchement stercoral et la péritonite. A une très-petite distance de la circonférence du pertuis, les tuniques intestinales paraissent saines ; direz-vous cependant que cet intestin est à l'état normal ?

La cornée se perfore souvent dans un point, le reste de la membrane a conservé presque tous ses caractères physiologiques ; dites-vous que la cornée est saine ?

Le cœur, les artères se rompent. Vous pouvez quelquefois supposer, à la première vue, que la déchirure a porté sur une paroi saine; regardez-y de plus près, et vous verrez l'infiltration graisseuse des fibres striées du cœur, l'altération athéromateuse des couches stratifiées des vaisseaux, etc.

La vessie, l'urèthre, en un mot les canaux et réservoirs muqueux se perforent-ils spontanément sans lésion primitive des tissus qui les composent ? Evidemment non. Pourquoi l'intestin, dans les hernies étranglées, ferait-il exception ?

Pour ma part, et quelles qu'aient été les apparences dans les cas cités par M. Velpeau, je reste convaincu que les parois intestinales étaient perforées parce que leur tissu était plus ou moins profondément altéré.

M. Velpeau craint l'établissement de l'anus contre nature siégeant au voisinage du jéjunum, et cela pour des raisons que vous connaissez tous ; cette crainte est tout à fait légitime. Elle l'enhardit à réduire la partie supérieure de l'iléon perforé. En supposant que je souscrive à cette conclusion, je ne vois dans aucun des cinq faits cités qu'on se soit enquis du siége précis de la perforation. Malgré les efforts très-louables de M. Laugier, la détermination du siége précis de l'étranglement reste entourée d'obscurité dans l'immense majorité des cas, et rien ne me prouve que cette détermination, faite d'avance par M. Velpeau, ait été un des motifs qui l'aient décidé à réduire dans les cinq cas en question.

Un mot en passant sur la formation de l'anus contre nature, dont M. Velpeau nous disait récemment qu'on avait parlé un peu légèrement. Il pense que c'est une ressource grave dont on doit se montrer sobre, parce qu'elle ne sauve pas toujours la vie, et présente des dangers intrinsèques. Je le veux bien ; mais enfin c'est une ressource

qu'on doit choisir encore de préférence à d'autres méthodes moins sûres qui comptent pourtant de zélés partisans, je veux parler de l'entérorraphie.

Mais, dira-t-on, tous ces raisonnements ne sauraient détruire le résultat de la pratique que vous critiquez. M. Velpeau a rencontré cinq fois l'intestin perforé, cinq fois il a réduit; les cinq malades ont guéri. Donc la réduction des intestins perforés est, en dépit de toutes les prévisions théoriques, beaucoup plus innocente qu'on ne le suppose; donc vous avez tort d'appeler *succès malheureux* des résultats aussi favorables, et d'attaquer une règle qui n'a pas encore fourni d'exceptions entre les mains de son promoteur.

J'accorde qu'il y a là une série remarquable, mais comme elle pourrait contribuer à faire de l'innocuité des petites perforations intestinales un point de dogme à mon avis périlleux, je crois indispensable d'opposer à mon tour quelques faits capables d'atténuer, sinon de dissiper les illusions qui pourraient s'établir. Et d'abord, un des malades de M. Velpeau, d'après lui-même, a couru des dangers sérieux; les matières fécales ont fini par se faire jour à travers la plaie extérieure.

M. Jarjavay réduit un intestin à la fois perforé et rétréci. Péritonite foudroyante quelques heures après. Le purgatif administré a peut-être accéléré l'accident; mais je crois que sans lui le résultat aurait été identique, peut-être plus tardif, si l'on veut. Enfin, il y a eu perforation, réduction et mort.

M. Bauchet trouve une petite perforation; il réduit; tout va bien, jusqu'à un érysipèle qui enleva l'opérée. On dira qu'il y a eu coïncidence et que la malade est morte guérie. C'est l'érysipèle qui porte la faute. A la vérité, quand l'issue est funeste, il faut bien qu'on meure de quelque chose; accusons donc l'érysipèle, si vous voulez, mais cherchons-en la cause. Le traumatisme et l'épidémie régnante suffisent, à la rigueur; mais le petit épanchement stercoral qui existait au voisinage de l'anneau pourrait bien n'y être pas étranger; car vous savez bien qu'un foyer profond, qu'une inflammation cachée, surtout si elle est de mauvaise nature, sont fort susceptibles de provoquer l'exanthème en question, qui n'est que secondaire et consécutif en pareil cas.

Laissons de côté, si vous voulez, les deux cas de M. Richet, puisqu'au moment de l'opération il n'y avait pas de perforation complète appréciable. Sans doute les tuniques internes étaient déjà coupées à l'époque de la réduction; mais enfin la solution de continuité n'existait pas. Ces faits, d'ailleurs, ne compteraient que si on discutait

l'abus de la réduction, et alors on en pourrait trouver de semblables par douzaines.

Laissons encore de côté l'observation de M. Broca et la mienne, puisque tous deux nous avons pris des précautions contre l'épanchement stercoral, et que cet épanchement n'a pas eu lieu. Ces deux faits prouvent le danger des petites perforations en général, quel que soit le traitement adopté, si on fait la réduction de l'anse blessée; mais elles ne peuvent servir à combattre directement la doctrine de M. Velpeau.

Mais assez de critique directe et de réfutation personnelle. Qu'il me soit permis de raisonner quelque peu. On découvre l'intestin par l'opération ; il est médiocrement altéré ; il n'y a pas soupçon de gangrène, pas trace de perforation ; la couleur et la consistance laissent à désirer. On réduit; la péritonite survient plus ou moins vite, et enlève le malade. On constate à l'autopsie une perforation par ramollissement, ou ulcération, ou gangrène. Nul besoin, je pense, de citer des faits particuliers.

Je suppose que dans une seconde opération nous soyons assisté par un confrère sagace, doué de la seconde vue ou redevable à son expérience d'un signe certain qui nous échappe encore, et à l'aide duquel il pourrait nous annoncer sûrement que l'intestin que nous sommes enclin à réduire se rompra infailliblement dans l'abdomen ; si le confrère nous inspirait une grande confiance, réduirions-nous? Evidemment non. Nous ne voudrions pas affronter les chances de l'épanchement stercoral.

Eh bien, voici ces chances toutes réalisées, les conditions de l'épanchement toutes préparées ; voici un intestin percé, et nous réduirions, et nous ferions devant une certitude ce que nous ne voudrions pas oser devant une éventualité. Est-ce logique?

A la vérité, on compte sur trois circonstances préservatrices :

1° La petitesse de la perforation ;

2° Le maintien de l'intestin réduit près de l'anneau ;

3° Enfin la formation des adhérences.

Examinons séparément ces trois espérances.

1° *Petitesse de la perforation.* Il n'est pas nécessaire de fouiller longtemps dans les livres pour trouver des faits nombreux qui démontrent qu'un pertuis très-étroit, de 1 à 2 millimètres, suffit amplement au passage des fluides intestinaux dans la cavité du péritoine. S'il se rencontrait des incrédules, je les renverrais à l'histoire de la péritonite, des contusions et plaies de l'abdomen, des morts tardives à la suite du taxis et de la kélotomie. Les faits cités dans le cours même de cette discussion les convaincraient que l'épanchement stercoral

peut s'effectuer à travers des fissures presque imperceptibles de l'intestin.

On m'objectera sans doute les expériences faites sur les animaux. Certes, je considère qu'elles ont été très-utiles à la physiologie pathologique ; mais je les récuse formellement comme élément de pronostic applicable à l'homme. Je n'accepte pas davantage comme probantes les plaies par instrument piquant, accidentellement produites chez ce dernier. En effet, si, l'intestin restant dans le ventre, la plaie n'a pas été constatée *de visu*, et qu'elle ne donne naissance qu'à des symptômes douteux, elle ne peut servir à aucune démonstration complète. Si, toujours soustraite au regard, la perforation se révèle cependant par des symptômes pathognomoniques, tels que emphysème, selles sanguines, péritonite limitée, abcès stercoral, on ne peut arguër de là qu'elle est innocente, ni considérer comme un bienfait la retraite de l'intestin blessé dans l'intérieur du ventre; car dans ces conditions l'accident entraîne assez souvent la mort pour que le chirurgien qui présume l'existence d'une plaie intestinale par instrument piquant doive porter un pronostic très-réservé et concevoir beaucoup d'inquiétude.

Parmi les exemples qui me sont connus, permettez-moi de citer les deux suivants. Je les choisis parce que la perforation trouvée à l'autopsie était très-petite, qu'elle était d'origine traumatique, qu'elle portait donc sur un intestin tout à fait sain auparavant ; qu'elle n'était point compliquée de plaie pariétale et du contact délétère de l'air atmosphérique sur le péritoine; parce qu'en un mot elle présentait toutes les conditions réputées si favorables à l'occlusion spontanée.

Un vieillard reçoit à six heures du soir un coup de pied dans le ventre : chute immédiate, vive douleur dans l'endroit frappé ; elle augmente sans cesse, malgré le traitement le plus énergique. La mort survient le lendemain dans l'après-midi, moins de vingt-quatre heures après l'accident. A l'ouverture du ventre, des gaz infects s'échappent en abondance et avec bruit. On trouve dans le flanc droit une grande quantité de liquides et de matières fécales délayées. Le côlon ascendant est percé d'un trou légèrement ovale d'un millimètre et demi environ de diamètre....

Un homme de cinquante ans reçoit un coup de pied de mulet dans le flanc droit : douleur d'abord supportable, qui va ensuite en augmentant. Quarante-huit heures après la mort survient. L'abdomen ouvert donne issue à une grande quantité de gaz. Péritonite à droite. Au-dessous du rein droit épanchement de matières fécales liquides. Le côlon ascendant présente une ouverture qui admettait un gros

pois et faite comme à l'emporte-pièce. (*Annales de la chirurgie française et étrangère*. Molas, pag. 202, t. V, 1842.)

En supposant d'ailleurs que les perforations traumatiques très-petites puissent impunément être laissées en contact avec le péritoine, s'ensuivrait-il qu'il en fût de même des perforations très-petites également qu'on constate dans une opération de hernie étranglée? Nullement. En effet, les expériences nous ont appris que les petites plaies de l'intestin se fermaient temporairement du moins par la hernie de la muqueuse et par la contraction de la boutonnière musculaire accidentellement formée. Cette occlusion exige donc la conservation de la muqueuse, sa mobilité et la persistance de la contractilité musculaire. Retrouverons-nous ces propriétés protectrices dans la paroi intestinale congestionnée, enflammée, ramollie, distendue, parfois contuse ou infiltrée de sang? Il est bien permis d'en douter. Ce point est digne d'une attention d'autant plus sérieuse qu'on pourrait être porté à assimiler aux perforations traumatiques ordinaires celles qui résultent d'un coup de bistouri malheureux pendant le cours d'une kélotomie.

Or, à mon sens, la légitimité d'une pareille assimilation ne serait plus possible, si la paroi de l'intestin s'éloignait beaucoup de ses conditions normales. J'en veux pour preuve la répugnance que les chirurgiens, Dupuytren entre autres, professent pour une manœuvre recommandée depuis Ambroise Paré (1). Je veux parler de la ponction de l'anse étranglée à l'aide d'une aiguille ou d'un très-petit trocart, ponction destinée à faciliter la réduction en donnant issue aux gaz qui distendent l'intestin. Certes on ne peut concevoir une perforation plus infime comme étendue, et cependant voyez ce qu'en disent les éditeurs de Sabatier.

« .....Mais on sent que la ponction d'un intestin enflammé, faite » avec une aiguille même acérée, doit souvent exposer à des inflam- » mations dangereuses, à des épanchements de gaz, de liquides in- » testinaux, biliaires, stercoraux et autres. » (Sabatier, *Médecine opératoire*, t. III, p. 568, éd. 1832.) La *Clinique* de Dupuytren (t. III, p. 621) reproduit les mêmes craintes dans les mêmes termes.

Et, en effet, on ne voit pas pourquoi la piqûre qui à l'extérieur donne issue aux gaz et aux fluides ne leur livrerait pas également passage après la réduction (2).

---

(1) T. II, p. 107, Ed. Malgaigne. Ce n'était pas pour un cas d'étranglement herniaire. Paré réussit.

(2) Nous n'avons pas d'histoire complète de la paracentèse intestinale,

Autre argument. Pour que les petites dimensions de la perforation autorisent la réduction, c'est à la condition expresse que la plaie conserve de son étroitesse dans le ventre aussi bien qu'au dehors; car si, ne présentant d'abord que deux ou trois millimètres d'étendue, elle était susceptible de s'agrandir plus tard et d'acquérir un ou deux centimètres, elle perdrait nécessairement le principal caractère sur lequel on fonde l'hypothèse de son innocuité.

Voyons donc si, malgré la réduction, une perforation est susceptible de s'agrandir. On peut sans hésiter répondre par l'affirmative, si l'on considère non pas la seule dimension, mais bien aussi la nature de la solution de continuité.

J'en distinguerai quatre variétés tout à fait tranchées :

1° Les perforations inflammatoires;

2° Les perforations par gangrène;

3° Les perforations mécaniques ou par pression limitée;

4° Les perforations traumatiques par instrument tranchant ou piquant, ou par traction immodérée.

Je donne le nom de perforations inflammatoires à celles qui siégent sur le corps de l'anse herniée loin du point strangulé. Elles proviennent de l'inflammation des tuniques, inflammation spontanée ou consécutive, soit à la contusion intestinale, soit à la distension extrême de l'intestin. Elles supposent toujours à mon avis une altération notable des éléments anatomiques de l'anse, altération différente de la gangrène, quoiqu'elle la précède peut-être souvent. Ces perforations peuvent manquer au moment de la kélotomie et ne s'établir qu'après la réduction. Nul doute qu'elles ne puissent s'agrandir consécutivement. L'observation de M. Bauchet le prouve au reste surabondamment.

Je n'ai besoin ni de définir la perforation qui occupe le centre ou la périphérie d'une eschare gangréneuse, ni de démontrer davantage que, si petit que soit le pertuis lorsqu'il débute, il acquerra nécessairement plus tard toute l'étendue de la portion mortifiée, et l'on sait que la réduction ne saurait arrêter d'une manière certaine l'extension de la gangrène.

On signale la mortification superficielle bornée aux tuniques séreuse et musculaire, la muqueuse restant vivante. Je ne conteste pas cette forme, mais elle me paraît bien suspecte et je désirerais vive-

---

quoique les matériaux ne fassent pas absolument défaut. Cette pratique est usitée en vétérinaire. — On l'a mise en usage chez l'homme, et dans les hernies, et dans les rétentions gazeuses par obstacle au cours des matières.

ment savoir à quels signes on peut reconnaître une limitation aussi précise sur une paroi qui n'a que quelques millimètres d'épaisseur.

Les perforations par constriction sont très-différentes des deux premières. Elles siégent au niveau du point où l'agent constricteur presse l'intestin comme le fil presse le tube artériel dans une ligature. Les tuniques sont coupées net, et les bords restent d'ordinaire très-sains à une petite distance de la section.

On admet que la division de la paroi viscérale peut marcher de dehors en dedans et de dedans en dehors, en d'autres termes, commencer par le péritoine pour finir par la muqueuse, et *vice versa*. Déjà Scarpa s'en occupait. M. Velpeau y a beaucoup insisté. Roux, Dupuytren, M. Malgaigne, tout le monde en parle.

La première variété est indiquée partout, mais je ne trouve guère d'observations précises qui en démontrent l'existence. Au contraire, rien n'est plus commun que de voir, au niveau de la rainure imprimée sur l'intestin par l'agent constricteur, la muqueuse coupée très-nettement. La musculeuse ne résiste guère mieux; seule la séreuse tient bon plus longtemps et maintient la continuité fictive du cylindre. Mais lorsqu'il n'y a plus que cette fragile barrière, la perforation proprement dite est bien prochaine et la solidité de la paroi bien compromise.

Tout le monde reconnaît que dans ce mode de section des tuniques la muqueuse et la musculeuse sont beaucoup plus largement intéressées que la séreuse.

En supposant que celle-ci ne présente qu'un pertuis extrêmement étroit, un ou deux millimètres par exemple, on se tromperait si on croyait pour cela avoir affaire à une perforation réellement très-petite. Sur la foi de ces dimensions si restreintes en apparence, reportez l'intestin dans le ventre, puis vienne la distension nécessaire du point étranglé par les matières accumulées dans le bout supérieur, la séreuse achèvera de se déchirer, et l'orifice microscopique deviendra une large brèche avec toutes ses conséquences.

Je crois ne rien exagérer et ne reproduire ici que des faits connus et observés par tout le monde. Donc, dans les trois premières variétés de perforations intestinales, il serait illusoire de se fier aux petites dimensions constatées pendant la kélotomie. Donc la valeur de ce caractère est plus que médiocre.

Restent les perforations traumatiques; si elles sont produites par une traction légère ou par un corps étranger, elles rentrent dans les catégories précédentes, car l'intestin était certainement déjà ramolli ou ulcéré partiellement. Seules, les blessures faites avec le bistouri peuvent à la rigueur conserver leur petite proportion primitive ; mais

pour cela il faut admettre que l'intestin blessé n'est pas trop malade et que le contact inévitable des matières fécales avec les lèvres de la plaie n'enflammera pas et n'ulcérera pas ces dernières. Cependant, si on fait sur-le-champ une suture, on peut espérer obtenir l'occlusion de la perforation; aussi, dans ces cas, l'entérorraphie est-elle acceptable.

La réduction simple serait également autorisée, si on n'avait pas de meilleurs moyens; ces derniers existant, elle n'a plus aucune raison d'être.

Peut-être serait-ce ici le cas de présenter les résultats de l'entérorraphie, qui a rendu des services incontestables dans les cas de petites plaies intestinales, mais ceci m'éloignerait de mon sujet. Je pourrais également citer trois cas de section incomplète de l'intestin par instrument tranchant, réduite sans inconvénient (1), je m'abstiens par les mêmes motifs.

2° *L'intestin perforé ne quitte pas la région de l'anneau.* C'est une seconde espérance souvent réalisée, je le veux bien, mais il faut bien croire que ce rapport favorable fait souvent défaut, la théorie et les faits le prouvent, et j'y ajoute à l'appui cette unanimité des chirurgiens, qui prennent tous soin de fixer le viscère blessé ou malade près de la plaie extérieure, soit par le fil passé dans le mésentère ou par tout autre moyen. J'accorde que ces précautions sont le plus souvent superflues; mais enfin, si l'intestin perforé s'éloigne de l'anneau, où vous a conduit votre confiance?

3° *Formation des adhérences.* On compte sur les adhérences qui daigneront coller le point blessé au voisinage de l'anneau, circonscrire l'épanchement stercoral, s'il a lieu; conduire, enfin, avec intelligence et précision les matières fécales au dehors par le trajet de la plaie extérieure, etc.

Il est évident que dans un bon nombre de cas la lymphe plastique et l'inflammation adhésive ont bien voulu venir au secours du malade, quand le chirurgien se croisait les bras; mais il est tout aussi avéré que parfois le contraire a lieu, et par malheur rien ne peut faire prévoir les cas où la nature joindra son abstention à celle du praticien. Vous savez ce qu'il advient alors.

Supposons même que rien ne vienne troubler dans son accomplissement le travail protecteur, qu'il n'y ait ni vomissement, ni évacuation, ni déplacement intempestif de l'anse réduite. La formation des bienheureuses adhérences va s'effectuer; elle est rapide, j'en con-

(1) Achille Flaubert, thèse inaugurale, 1839, n° 153, p. 14.

viens, mais non toutefois instantanée ; il lui faut bien pour le moins quelques heures pour compléter l'isolement de la perforation. Si court que soit ce laps de temps, qui empêche que la plaie ne donne issue à quelques parcelles de matières intestinales, à quelques bouffées de gaz méphitiques, qui s'insinueront traîtreusement dans le péritoine, et y provoqueront une inflammation formidable ?

Tout porte à croire que les choses se passent quelquefois ainsi; mais, en général, on le méconnaît. Le malade succombe ; à l'autopsie on trouve les adhérences bien organisées autour de l'anse blessée; on ne reconnaît pas les matières fécales épanchées dans le péritoine ; on y voit seulement des fausses membranes et un liquide séro-purulent. On proclame que les matières intestinales ne sont pour rien dans l'explosion de la péritonite, et que celle-ci est uniquement due à l'étranglement antérieur.

Je crois qu'on a tort d'absoudre ainsi les fluides essentiellement délétères que renferme le bout supérieur, ou qu'exhalent les parties herniées, qui ont subi l'étranglement. Je crois encore que, versés même à petite dose dans le péritoine, ces fluides provoquent facilement une inflammation très-grave ; qu'en un mot, en l'absence d'épanchement stercoral appréciable à l'autopsie, on doit encore accuser la réduction d'avoir provoqué la péritonite maligne qui enlève tant d'opérés.

Voici quelques arguments en faveur de cette manière de voir. Il est généralement accepté que dans le cas de hernie purement enflammée, sans étranglement véritable, le taxis est quelquefois dangereux, parce qu'il replace dans le ventre des parties malades qui généralisent rapidement la péritonite, bornée auparavant aux viscères herniés, et en quelque sorte enkystés, si je puis ainsi dire. De même, la réduction de l'épiploon enflammé est regardée actuellement comme funeste ; aussi quelques chirurgiens en sont-ils arrivés à proscrire presque complétement cette réduction.

M. Malgaigne s'exprime fort catégoriquement dans ce sens.

Si le contact des parties enflammées est si redoutable, que penser de celui d'une eschare ? Vous savez tous que l'inoculation des liquides de la péritonite amène des accidents formidables, et que cette séreuse sécrète dans certains cas une sorte de virus aussi énergique que celui des maladies charbonneuses.

Or la réduction ne réalise-t-elle pas presque toutes les conditions essentielles de l'inoculation ? Permettez-moi de citer brièvement un cas qui m'a singulièrement impressionné, et qui m'a convaincu des propriétés extrêmement délétères de la gangrène épiploïque.

J'opère, il y a trois ans à peu près, un vieillard affecté de hernie

inguinale. Je réduis l'intestin, et pour des raisons que je ne puis développer ici, je laisse au dehors l'épiploon, après avoir porté une ligature sur le point qui correspondait à l'anneau. La partie laissée dans la plaie se gangrène.

La femme de l'opéré faisait les pansements deux fois par jour. Elle est prise une nuit d'accidents très-graves : vomissements, syncope, délire, fièvre intense, douleurs très-vives dans le membre thoracique gauche et surtout dans le pouce correspondant. Elle jouissait auparavant d'une bonne santé ; elle était toutefois très-fatiguée pour avoir passé plusieurs nuits de suite au chevet de son mari. Je la vois le lendemain matin, son état général était des plus graves : œil hagard, visage couvert de sueur, langue sèche, pouls très-rapide, subdelirium continu. Le doigt était un peu tuméfié et rouge, horriblement douloureux au toucher ; les mouvements du membre étaient presque impossibles. Je découvre l'avant-bras : il est sillonné par quelques traînées lymphatiques. J'apprends alors que la veille au soir, en faisant le pansement, la pauvre vieille s'était piquée au pouce avec une épingle qui attachait les pièces d'appareil imbibées du fluide gangréneux issu de la plaie. La piqûre n'avait point saigné, mais elle avait déterminé une cuisson assez intense qui s'était dissipée quelques moments après ; c'est au bout de quelques heures et pendant le sommeil que les accidents généraux avaient éclaté. C'est à grand'peine qu'aidé de ces renseignements je puis découvrir sur le doigt la trace presque imperceptible de la piqûre.

Je portai le pronostic le plus grave. En effet, malgré la cautérisation énergique de la région blessée, les onctions mercurielles sur tout le membre, le sulfate de quinine, l'aconit, les sangsues sur le trajet des lymphatiques, etc., la pauvre femme succomba quarante heures environ après l'invasion des phénomènes d'empoisonnement.

Il n'est pas jusqu'à la sérosité contenue dans le sac qui ne possède parfois des qualités extrêmement irritantes. J'ai lu quelque part qu'elle avait déterminé dans un cas une vive irritation cutanée aux doigts du chirurgien qui avait opéré.

Tout prouve donc que l'altération des viscères abdominaux engendre des fluides très-délétères, et nous comprenons dès lors que leur contact avec la séreuse puisse provoquer une péritonite des plus graves.

Et maintenant, pourquoi se refuserait-on à admettre que les matières liquides et gazeuses contenues dans l'intestin sont susceptibles, même à très-petite dose, d'agir d'une manière aussi pernicieuse ? On sait que la bile, s'échappant en très-petite quantité par une fissure des voies biliaires, peut provoquer une péritonite foudroyante. L'in-

testin au-dessus de l'étranglement n'en contient-il pas? On ne reconnaît pas dans le péritoine les matières intestinales ; quoi d'étonnant? Une cuillerée de ces matières, mélangées au liquide séro-purulent qui baigne la séreuse, ne se peut reconnaître, et d'ailleurs, en l'absence d'épanchement liquide, les gaz intestinaux ne suffiraient-ils pas à provoquer la péritonite?

Gély, de Nantes, qui a fait de si estimables travaux sur les sutures intestinales, reproche à un certain nombre de procédés d'entérorraphie de ne point fermer assez hermétiquement la plaie intestinale, et de laisser échapper quelques bouffées de gaz dans le péritoine, ce qu'il considère comme un accident très-fâcheux et comme une cause très-sérieuse de la péritonite (1). Or il est évident qu'une perforation très-petite pourra, avant la formation des adhérences, verser dans le péritoine quelques ondées de gaz intestinaux qui frapperont d'avance de stérilité la consolidation ultérieure de ces adhérences sur lesquelles on fonde tant d'espoir.

Et voilà, messieurs, les raisons motivées qui me font rejeter la réduction pure et simple des intestins perforés, et préférer la fixation exacte de l'anse malade à l'extérieur. L'avenir et les faits jugeront le litige en dernier ressort. Peut-être auriez-vous raison de ne point élever à la dignité d'argument scientifique un argument tout personnel; mais j'affirme que si j'avais le malheur d'avoir une hernie, qu'elle vînt à s'étrangler, que l'opération devînt nécessaire et que mon propre intestin se trouvât perforé, employant toute mon éloquence à persuader mon chirurgien, je le conjurerais de ne point refouler mon iléon dans mon péritoine. En ce qui concerne les autres, je ne puis dire ici qu'une chose, c'est que je leur ferais ce que je voudrais pas qui me fût fait.

Malgré la longueur de mon discours, je n'ai traité que deux points très-restreints, et je m'arrête, car votre patience s'épuiserait si je développais avec une pareille prolixité mon opinion sur les autres points en litige. Je propose, pour presque tous les cas de perforation intestinale suite d'étranglements, la formation d'un anus contre nature. Vous trouverez peut-être que c'est aller un peu loin, aussi suis-je prêt, si pareille objection m'était faite, à soutenir que non-seulement dans le cas de perforation, mais encore dans celui d'altération notable de l'intestin, on abuse de la réduction. C'est là suivant moi une des causes de l'effrayante mortalité qui suit la kélotomie pratiquée dans les cas graves. Je vous ramènerais peut-être à mon opi-

---

(1) *Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. XII, p. 437.

nion, si je vous traçais les avantages de la fixation de l'intestin au dehors, comparativement à ceux de la réduction, lorsque l'étranglement est ancien et que les viscères sont profondément malades. Tout en donnant la préférence à la formation de l'anus contre nature, j'aurais à examiner les nombreux procédés usités pour obtenir ce résultat, et je vous montrerais que bon nombre d'entre eux doivent être rejetés comme insuffisants et peu sûrs, sinon dangereux. Ces procédés défectueux ont suivant moi compromis gravement la méthode générale, qui gagnera beaucoup à leur abandon. Je pose ici des prémisses que je développerais volontiers si la discussion se prolongeait encore.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

Desquamation variolique de la totalité de l'épiderme des deux pieds. — M. LARREY présente une pièce pathologique adressée au conseil de santé des armées par le docteur Corne, médecin-major aux hôpitaux de la division de Constantine, avec la note suivante :

« Cette pièce pathologique, à défaut de grand mérite, offre l'intérêt d'un cas rare, assez curieux. Il s'agit de la chute spontanée et en masse de l'épiderme des deux pieds, sous forme de babouches, par décollement ou desquamation, à la suite d'une variole confluente. Le sujet chez lequel ce phénomène s'est produit était un Arabe non vacciné, ni inoculé, et qui, se trouvant détenu dans une prison encombrée, y était mal nourri, et subissait les conséquences d'un appauvrissement profond de l'économie.

» L'éruption avait pourtant suivi une marche régulière, quoique lente, et à part la teinte livide des pustules au début, aucune complication n'a entravé la marche et la guérison de cette maladie.

» La pièce anatomique montre assez l'insuffisance des moyens prétendus abortifs, car, malgré une forte compression et l'absence d'air, l'éruption pustuleuse a parcouru toutes ses périodes, et on reconnaît même encore l'empreinte de quelques boutons ulcérés sur la desquamation épidermique. »

M. Larrey a déposé cette pièce au musée du Val-de-Grâce.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 3 avril 1861.

Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Giraldès dépose sur le bureau un exemplaire de ses *Recherches anatomiques sur le corps innominé.* Paris, 1861, in-8°.

— M. Broca dépose sur le bureau un exemplaire de son *Eloge d'Adolphe Lenoir*. Paris, 1861, in-8°.

— M. Jules Cloquet fait don à la Société, au nom de l'auteur, M. Regnault, médecin des eaux de Bourbon-l'Archambault, d'un travail intitulé : *Mémoire sur une maladie particulière des genoux.* Paris, 1861, in-8°.

— M. le docteur Jules Rochard, chirurgien en chef de la marine, membre correspondant de la Société, à Brest, adresse à la Société l'observation suivante :

Hernie inguinale ancienne devenue subitement irréductible à la suite d'une contusion. — Accidents graves ; opération ; tumeur sanguine dans le mésentère ; réduction après un large débridement ; mort ; autopsie.

La discussion qui se poursuit en ce moment au sein de la Société de chirurgie a fait ressortir avec toute l'évidence possible les dangers de la réduction dans les hernies étranglées, lorsque l'intestin est profondément altéré dans sa texture, ou quand il présente une solution de continuité. C'est un point de pratique bien établi désormais, mais il ne me semble pas de nature à résoudre toutes les difficultés. Le péril ne consiste pas toujours dans la lésion de l'anse intestinale ; il est des cas où, malgré son intégrité parfaite, il peut y avoir de graves inconvénients à opérer la réduction. Je me suis trouvé il y a quelques années en présence d'un fait de ce genre, et, bien qu'il soit exceptionnel, je le crois digne de fixer l'attention.

Il s'agissait d'une hernie inguinale externe, ancienne, volumineuse, réductible, mais habituellement abandonnée à elle-même. Le forçat qui en était porteur était un homme de cinquante-sept ans, d'une constitution robuste. Il avait reçu la nuit précédente, d'un de ses compagnons de chaîne, un coup violent sur le scrotum. Une douleur extrêmement vive s'était produite au moment de l'accident, la hernie

avait doublé de volume et était devenue irréductible. Des symptômes d'étranglement ne tardèrent pas à se manifester ; ils résistèrent à l'emploi de tous les moyens usités en pareil cas, et je dus renoncer promptement aux efforts de réduction, parce qu'ils ne pouvaient amener aucun résultat. Le centre de la tumeur était occupé par une masse dure, aplatie, sur la nature de laquelle il était difficile de se prononcer, mais dont le volume était beaucoup trop considérable pour qu'il fût possible de lui faire franchir le canal inguinal.

En présence d'un pareil obstacle, il n'y avait rien à attendre de l'expectation, et l'intensité croissante des accidents me détermina à agir le jour même, vingt heures après leur début. Les premiers temps de l'opération ne présentèrent rien de particulier. Je pénétrai sans difficulté dans un sac à parois épaisses, de l'intérieur duquel il s'écoula environ 100 grammes d'un liquide noir semblable à du sang veineux. L'intensité de cette coloration me fut bientôt expliquée. Après avoir complété l'incision des enveloppes, je me trouvai en présence d'une anse de l'intestin grêle, longue de 18 à 20 centimètres, parfaitement saine, mais dont le mésentère était transformé en un gâteau aplati de 6 centimètres de diamètre, de plus de 1 centimètre d'épaisseur, et constitué par un caillot interposé entre les deux feuillets de la séreuse. Le choc subi par la hernie avait déterminé la rupture de quelques-uns des rameaux qui rampent dans cet intervalle; les parties les plus fluides du sang avaient passé dans le sac par imbibition ; le caillot seul était resté, et c'était là le corps résistant dont j'avais constaté la présence, et qui s'était opposé à la réduction.

L'intestin paraissant fortement serré au niveau de l'anneau inguinal, je pratiquai en dehors et en haut un débridement de 2 centimètres, qui me permit d'attirer à l'extérieur la portion comprise dans le canal, et de m'assurer de l'intégrité de ses tuniques au point où l'étranglement avait porté. Cela fait, je me trouvai dans un embarras sérieux. Devais-je laisser indéfiniment au dehors 20 centimètres d'un intestin parfaitement sain? Fallait-il enlever avec précaution le feuillet antérieur du mésentère pour le débarrasser du sang épanché dans son épaisseur, au risque de reproduire une hémorrhagie qui m'eût mis dans l'obligation d'appliquer une ou plusieurs ligatures ? Etait-il préférable de replacer le tout dans l'abdomen et d'abandonner ce volumineux caillot aux chances de l'absorption et aux hasards des adhérences ? C'est à ce dernier parti que je m'arrêtai, sans m'en dissimuler les dangers. Pour frayer à cette masse incompressible une voie suffisamment large, il me fallut donner au débridement une longueur totale de 7 centimètres et le faire remonter jusqu'à la hauteur de l'épine iliaque.

Les suites immédiates de l'opération furent aussi satisfaisantes que possible. Tous les symptômes d'étranglement cessèrent, et le malade eut la nuit suivante deux selles copieuses, bien que je me fusse abstenu de recourir aux purgatifs, dont j'avais eu déjà l'occasion de constater les inconvénients. Jusqu'au sixième jour, tout marcha de la façon la plus régulière, et je commençais à espérer un succès, lorsque le malade fut pris subitement d'une douleur atroce dans le ventre, immédiatement suivie de tous les signes d'une péritonite suraiguë. Les vomissements apparurent, la face se grippa, la voix s'éteignit, le pouls devint filiforme, la peau se couvrit d'une sueur froide, et la mort survint dix heures après le début des accidents.

Il n'était pas difficile de se rendre compte de ce qui s'était passé. A l'autopsie, je trouvai dans la cavité du péritoine un épanchement séreux d'un jaune roussâtre, provenant de la fonte du caillot, dont il ne restait plus de traces.

Malgré cet enseignement, je ne sais pas à quel parti je m'arrêterais si je me trouvais de nouveau en présence d'un fait semblable, et c'est pour cela qu'il m'a paru digne de fixer l'attention de la Société de chirurgie.

Suite de la discussion sur la réduction des hernies.

M. ROBERT, tout en admettant en principe d'attirer l'anse intestinale herniée, quand on pratique la kélotomie, désire pourtant faire quelques réserves pour certaines hernies. Il a été heureux d'entendre M. Velpeau. Les renseignements qu'il nous donne sont toujours précieux.

Dans les hernies inguinales, il y a dans l'immense majorité des cas, dans le sac, une anse intestinale complète. M. Robert, dans ces circonstances, attire toujours l'anse herniée au dehors avant de réduire. Mais dans les hernies crurales, petites, marronnées, l'intestin est profondément enfoncé dans la tumeur, et quelquefois la partie herniée ne constitue pas une anse complète. La portion étranglée est rétrécie, et au-dessus d'elle l'intestin est gonflé, rempli de matières. Si l'on exerce alors des tractions, on éprouve une résistance très-grande, et cet obstacle est quelquefois tel qu'avec un intestin enflammé, friable, on pourrait déterminer une déchirure, si l'on voulait insister pour l'amener au dehors. C'est là un fait clinique important et que ne peut ébranler aucune des considérations méditées dans le cabinet.

Dans ces cas, M. Robert tire doucement sur la partie comprise dans l'étranglement, et s'il éprouve une résistance trop grande, et que la portion intestinale qu'il a sous les yeux lui paraisse en bon état, il la réduit, sans insister davantage sur ces tractions. M. Robert fait donc quelques réserves pour certaines hernies crurales.

M. CHASSAIGNAC. Je désire seulement ajouter quelques mots à la discussion qui nous a occupés depuis quelque temps.

Faut-il attirer l'intestin en dehors?

Je réponds par l'affirmative. Ce n'est pas seulement pour s'assurer de l'état de l'intestin, pour se convaincre que le bistouri n'a fait aucune plaie sur l'anse étranglée, que je recommande cette règle de conduite; mais encore pour que l'on soit bien certain que l'étranglement a été levé d'une manière complète.

Si l'intestin est perforé, il faut, dit-on, établir un anus contre nature. Mais les anus ne s'établissent pas toujours très-facilement; et il ne faut pas perdre de vue que souvent les anus qui se forment d'eux-mêmes se réduisent à des fistules stercorales, qui peuvent guérir spontanément. J'en ai vu un certain nombre d'exemples. Quand donc l'intestin est perforé, que l'étranglement est levé, il vaut mieux abandonner l'intestin près de l'anneau et laisser se former une fistule stercorale, qui se fermera le plus ordinairement d'elle-même.

M. HUGUIER vient compléter l'observation dont il a parlé à la Société dans sa dernière improvisation. Il s'est établi une fistule stercorale; les matières fécales se sont échappées par la plaie pendant quatre ou cinq jours, puis elles ont repris leur cours naturel, et aujourd'hui la plaie est presque complétement cicatrisée, sans qu'elle laisse échapper de nouvelles matières.

M. Huguier émet le vœu que la Société entre prochainement dans une discussion sur l'étranglement dans les hernies ombilicales. Il pense que, dans ces cas, il ne faut pas pratiquer la kélotomie. Il possède déjà un certain nombre de faits intéressants, et sur lesquels il appuie sa pratique.

La discussion est terminée.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. RICHET présente deux malades. La première est une femme sur laquelle il a enlevé un **pouce surnuméraire** de la main gauche.

Amputation dans l'articulation métacarpo-phalangienne. Guérison. Conservation des mouvements dans le pouce restant.

La malade que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société est entrée le 22 janvier dernier dans mon service, pour être opérée d'un pouce surnuméraire, qui gênait les mouvements de la main, au point de l'empêcher de retenir les corps qu'elle avait saisis.

Cette difformité ne se retrouve chez aucun de ses parents; et si elle désire en être débarrassée, c'est bien plus encore à cause de la répulsion qu'inspire sa difformité à toutes les personnes qui l'approchent, qu'à cause de la gêne qu'elle en éprouve.

Lorsqu'on examine la main gauche, on observe à la place du pouce deux appendices digités, dont l'un, situé en dedans, plus volumineux, se continue avec le métacarpien par sa direction, et exécute à peu près tous les mouvements que l'on rencontre dans le pouce normal, et l'autre, plus court, plus grêle que le précédent, au côté externe duquel il est situé, offre le même type dans sa forme; c'est évidemment le pouce surnuméraire.

Ces deux doigts s'articulent avec le métacarpien par une articulation qu'on reconnaît facilement être commune, et tous les deux exécutent des mouvements de flexion et d'extension simultanément, mais cependant jusqu'à un certain point indépendants, puisque quand on maintient l'un des deux doigts, l'autre se redresse et s'infléchit isolément.

Le pouce surnuméraire et le pouce normal sont recouverts par la peau, qui leur forme une enveloppe commune dans l'étendue de 2 centimètres; à partir de cet endroit, ils s'écartent à angle aigu.

Pour éviter la dénudation du pouce qui doit rester, je pratique à la face externe du pouce surnuméraire une incision longitudinale, commençant à un demi-centimètre en arrière de l'articulation métacarpo-phalangienne, et se prolongeant en avant jusqu'au voisinage de l'articulation phalango-phalangienne. Puis de l'extrémité de cette dernière part une deuxième incision oblique, qui contourne ce pouce surnuméraire et revient rejoindre la première au point de départ. Je dissèque alors la phalange et je désarticule en rasant la tête du métacarpien.

Je constate alors que les deux articulations du pouce normal et du pouce surnuméraire communiquent. Un tendon fléchisseur assez volumineux et un tendon extenseur un peu plus grêle sont successivement coupés; je suis obligé de lier une artère collatérale externe, qui donnait un jet de sang assez notable.

La plaie est ensuite réunie avec des bandelettes de diachylon, et le pouce restant se trouve ainsi parfaitement recouvert.

La malade est ensuite soumise à une irrigation continue d'eau tiède pour prévenir toute inflammation. Aujourd'hui, après quelques accidents insignifiants, la plaie, comme vous pouvez le voir, est si parfaitement réunie, qu'il faut quelque attention pour découvrir le point où s'attachait le pouce surnuméraire.

Néanmoins on peut encore sentir à travers la cicatrice la fausse articulation sur laquelle il glissait, et déjà le pouce normal tend à se reporter en dehors, grâce à un appareil inamovible, qui a été appliqué pour l'attirer et le maintenir dans l'abduction, en l'écartant du doigt indicateur, vers lequel il avait de la tendance à se porter.

Déjà les mouvements reparaissent, et la malade peut commencer à se servir de son pouce et à saisir les objets sans éprouver de douleur. Mais, comme elle le dit elle-même, il faut qu'on fasse son éducation pour qu'il puisse remplir ses fonctions d'une manière satisfaisante.

L'examen do la pièce que je soumets à la Société démontre :

1° Une facette articulaire concave qui correspondait à une facette convexe située sur la tête du métacarpien, laquelle permettait des mouvements d'opposition de ce pouce aux quatre autres doigts, mouvements imparfaits il est vrai.

2° L'existence de deux tendons, l'un fléchisseur plus fort que l'extenseur; tous les deux viennent s'insérer à la base de la phalangine. N'oublions pas de rappeler que les mouvements de flexion étaient bien plus étendus et plus énergiques que ceux d'extension, ce qui s'explique par la différence de volume entre les deux tendons.

3° On découvre sur les parties latérales de la première phalange deux filets nerveux d'un volume relativement assez notable, dont les ramifications peuvent être suivies dans la pulpe unguéale et jusque dans la graisse assez abondante qui recouvre en avant la deuxième phalange.

4° Une artère collatérale externe assez volumineuse; point de collatérale interne.

Cette observation m'a paru curieuse en ce qu'elle démontre que ce pouce surnuméraire ne différait en rien, excepté en ce qui concerne la collatérale externe et l'absence d'insertion des muscles propres de l'éminence thénar, d'un pouce normal. L'examen attentif de la malade avant l'opération m'a paru démontrer que les tendons dont était pourvu ce doigt n'étaient que la bifurcation des tendons qui se rendaient à l'autre pouce; effectivement, lorsque les deux pouces étaient libres, ils se fléchissaient et se redressaient, ainsi que je l'ai dit, simultanément, et l'on voyait alors distinctement les deux cordes tendineuses dorsale et palmaire converger vers la base du métacarpien, où elles semblaient se réunir pour n'en plus former qu'une seule.

Quant aux muscles propres du pouce, je veux dire ceux de l'éminence thénar, ils n'envoyaient aucun prolongement au pouce surnuméraire. C'est là ce qui explique pourquoi il ne suivait pas *tous les mouvements* du pouce normal, pourquoi par conséquent il était un obstacle à l'accomplissement facile des mouvements de préhension.

Enfin, je ferai remarquer combien le procédé employé a facilité la réunion exacte des lèvres de la plaie, en même temps qu'il a permis de recouvrir de lambeaux suffisants le pouce restant. La difformité

s'est ainsi trouvée réduite à une cicatrice linéaire bien peu visible. Je ne dois pas oublier non plus de noter que c'est grâce à l'irrigation continue que nous avons pu obtenir une réunion presque immédiate et sans suppuration, d'où la possibilité de conservation des mouvements malgré la communication des deux articulations.

DEUXIÈME MALADE.

Bec-de-lièvre double et vice de conformation fort intéressant de la lèvre inférieure.

J'ai l'honneur de présenter à l'examen de mes collègues une enfant du sexe féminin, âgée de huit jours, atteinte de bec-de-lièvre double avec saillie de l'os intermaxillaire sans division de la voûte. — Mais ce n'est pas sur cette difformité que j'attire l'attention de mes collègues, c'est sur une **conformation singulière de la lèvre inférieure.**

De chaque côté de la ligne médiane, et séparés par le sillon médian, on voit deux orifices s'ouvrant sur le bord libre de la lèvre, un peu plus près de la face interne que de la face externe. Ils peuvent admettre l'extrémité d'un petit stylet de trousse, lequel, après s'y être engagé, parcourt un canal qui fait suite à l'orifice et occupe toute la hauteur de la lèvre jusqu'au voisinage de l'attache du repli muqueux qui unit cette lèvre au maxillaire. Ces deux canaux sont isolés et séparés par une membrane assez mince, ainsi qu'on peut s'en assurer en introduisant un stylet dans chaque orifice.

Lorsqu'on presse la lèvre de bas en haut, on exprime du canal une petite gouttelette de mucus transparent et filant, qui ne se renouvelle qu'à un intervalle assez long. Quand l'enfant crie ou fait effort, la muqueuse du canal semble s'exprimer à travers l'orifice, qui paraît pourvu comme d'une espèce de sphincter. Ce phénomène a quelque rapport avec l'expulsion de la muqueuse du rectum chez le cheval lors de la défécation.

C'est la quatrième fois que pareille conformation se présente à mon observation, et je ne sache pas cependant qu'aucun auteur classique en ait fait mention. Je vais résumer en quelques mots l'histoire des trois premiers faits.

En l'année 1856, je remplaçais à l'Hôtel-Dieu le professeur Roux, lorsqu'un confrère, M. le docteur Lantenois, m'amena une jeune fille de huit ans affectée d'un bec-de-lièvre double avec saillie de l'os intermaxillaire et fissure de la voûte palatine. Sur la lèvre inférieure existaient deux pertuis par lesquels s'écoulait du mucus transparent et visqueux lorsqu'on pressait la lèvre de bas en haut. Ces deux orifices, situés de chaque côté de la ligne médiane, pouvaient facilement admettre un gros stylet de trousse, lequel s'enfonçait dans un canal

ou infundibulum aboutissant sur les côtés du frein de la lèvre inférieure, exactement comme dans le cas actuel. Vivement frappé de cette particularité, j'adressai des questions à la mère, qui accompagnait son enfant, et j'appris d'elle qu'elle-même avait été atteinte de la même difformité que sa fille, c'est-à-dire d'un bec-de-lièvre double dont elle avait été opérée dans sa jeunesse, et qu'elle était affectée encore actuellement de la même conformation de la lèvre inférieure. Effectivement je m'aperçus bientôt en l'examinant que sa lèvre inférieure renversée en dehors, et d'autant plus renversée que la supérieure, qui portait les traces évidentes de l'opération autrefois pratiquée, était comme appliquée contre les dents supérieures, offrait sur la ligne médiane deux pertuis en tout semblables à ceux que nous remarquions chez sa fille, lesquels pertuis n'étaient que l'orifice de deux conduits parcourant toute la hauteur de la lèvre, ainsi qu'il nous fut facile de nous en assurer en les sondant.

Voyant alors que mon attention se fixait sur cette particularité, elle m'apprit que sa mère à elle, c'est-à-dire la grand'mère de l'enfant, avait été opérée par Dupuytren d'un bec-de-lièvre double; et qu'elle avait la même disposition qu'elle à la lèvre inférieure. Elle m'offrit d'ailleurs, si cela m'intéressait, de me la faire voir, ce que j'acceptai avec empressement.

Chez ces deux femmes, la saillie avec renversement que formait la lèvre inférieure était vraiment repoussante, d'autant plus que par les deux pertuis signalés précédemment il s'écoulait de temps à autre une gouttelette de mucus qu'elles étaient obligées d'essuyer assez fréquemment. Aussi la mère de l'enfant me déclarait-elle qu'elle tenait autant à faire disparaître la difformité de la lèvre inférieure que celle de la lèvre supérieure.

En présence d'une volonté aussi fermement exprimée, et surtout en raison de la déformation que présentaient la mère et la grand'-mère de l'enfant, mon parti fut bientôt pris, et je fis successivement, et à plusieurs semaines d'intervalle, l'ablation de l'os intermaxillaire saillant, la réunion de la lèvre supérieure; et enfin l'excision de la partie médiane de la lèvre inférieure. Je ne veux entretenir la Société que de cette dernière opération et du résultat de l'investigation anatomique à laquelle je me livrai sur la portion retranchée de la lèvre.

L'opération fut très-simple. Je circonscrivis avec des ciseaux à bec-de-lièvre, par une incision en V, toute la portion médiane de la lèvre comprenant les pertuis et les deux canaux leur faisant suite; puis je réunis par la suture à points passés. Le résultat de cette deuxième opération fut aussi satisfaisant que possible, et comme la première opération avait complétement réussi, la restauration fut complète.

Voici maintenant ce que me démontra l'examen de la pièce anatomique : les deux canaux faisant suite aux deux orifices étaient situés dans l'épaisseur de la lèvre, mais cependant beaucoup plus près de la face muqueuse que de la face cutanée ; ils étaient, vers le bord libre, séparés par un intervalle de 2 à 3 millimètres environ; mais au fur et à mesure qu'ils descendaient, ils se rapprochaient au point de n'être plus séparés à la partie inférieure que par un repli muqueux; mais nulle part ils ne communiquaient. Ils représentaient donc la forme d'un V à base tournée du côté du bord libre de la lèvre.

Ils se terminaient inférieurement par un cul-de-sac sans aucun pertuis ou orifice, et nulle part on ne voyait, soit à l'œil nu, soit à la loupe, sur la muqueuse très-lisse qui les tapissait dans toute leur étendue, le moindre orifice de follicules ou de canaux glandulaires. Néanmoins, je dois dire que je n'ai point examiné cette muqueuse au microscope; c'est là une lacune que des observations ultérieures devront combler.

Telles sont les particularités qu'il m'a été donné d'observer. Je me bornerai pour aujourd'hui à deux seules réflexions qui m'ont été suggérées par l'identité de la déformation dans ces quatre cas. La première, c'est qu'il est bien difficile de ne pas admettre qu'elle soit due à un arrêt de développement, c'est-à-dire à la persistance d'un état transitoire de l'embryon, état non encore étudié, et sur lequel il faut que soit appelée l'attention des savants qui s'occupent d'embryogénie. Ce n'est pas d'ailleurs la première fois que l'observation des faits cliniques aurait mis sur la voie de la découverte des phénomènes de l'évolution embryonnaire. La deuxième, c'est que cette conformation n'est peut-être pas sans quelque rapport avec le bec-de-lièvre de la lèvre inférieure, encore si mal connu et si peu étudié. Mais on doit comprendre avec quelle réserve j'émets ces deux hypothèses, que des faits ultérieurs se chargeront, sans aucun doute, de renverser ou de consolider.

Depuis que cette communication a été faite à la Société, j'ai eu l'occasion de revoir M. le docteur Lantenois, qui m'a confirmé tous les renseignements dans lesquels je suis entré, et qui m'a appris que le jeune enfant qui fait le sujet de la note de M. Demarquay dans la *Gazette médicale* de 1847 avait été présenté par lui à Blandin, et qu'il était le frère de la jeune personne que nous avons opérée ensemble en 1856. Ce jeune enfant était, comme sa grand'mère, sa mère et sa sœur, affecté de bec-de-lièvre double, et de plus, avait aussi cette singulière conformation de la lèvre inférieure signalée précédemment, et sur laquelle notre collègue M. Demarquay avait, de son côté, appelé l'attention, mais seulement d'une manière incidente.

A propos de la présentation de cette malade à la Société de chirurgie, M. BERAUD a rapporté l'observation suivante :

La communication de M. Richet me paraît très-intéressante et mérite à tous égards de fixer l'attention de la Société. Elle me rappelle un fait parfaitement semblable que j'ai mis sous les yeux de la Société de biologie il y a environ trois ans. Il s'agissait d'une fille de six ans, affectée d'un vice de conformation de la lèvre inférieure, et dont voici l'histoire succincte :

Née en Bourgogne, de parents bien conformés, cette petite présenta en naissant un bec-de-lièvre double et un pied bot équin très-prononcé. Elle fut opérée de son bec-de-lièvre par un chirurgien de la localité. La réunion eut lieu, mais elle ne fut pas régulière, en ce sens que la lèvre est encore aujourd'hui déchiquetée sur son bord libre. Plus tard, ses parents, étant venus habiter Paris, l'ont placée à l'hôpital de la Charité, où elle fut opérée, de son pied bot, par M. Giraldès, qui lui fit, je crois, la section du tendon d'Achille.

Relativement à son vice de conformation de la lèvre inférieure, il est congénital, et voici en quoi il consiste : sur le bord libre de cette lèvre, de chaque côté de la ligne médiane, on voit deux orifices ayant environ 2 millimètres de diamètre. Par ces ouvertures, s'échappe un mucus filant et abondant. Si par ces orifices on introduit un stylet de trousse, on peut parcourir toute la hauteur de la lèvre, et l'on sent que l'on arrive dans un cul-de-sac. L'on remarque cependant que l'un de ces canaux est plus profond que l'autre.

La situation de ce canal double est plus rapprochée de la muqueuse que de la peau. En effet, quand le stylet est dans le canal, on en voit la pointe mousse sous la muqueuse soulevée. Ces deux canaux sont plus rapprochés par leur extrémité profonde que par leur extrémité libre. Il en résulte que la cloison qui les sépare est très-mince en bas et plus épaisse en haut, et qu'elle a la forme triangulaire. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces canaux sont très-dilatables. Quand la jeune fille rit, les orifices se ferment ; quand elle fait la moue, ils deviennent très-saillants.

Ce vice de conformation m'avait beaucoup préoccupé, et je voulus savoir s'il ne se rattachait pas à quelque état embryogénique encore méconnu. Je fis des recherches dans ce sens. Dans une conversation que j'eus avec M. Demarquay, j'appris de lui qu'il avait déjà observé et publié un fait semblable dans la *Gazette médicale*. Je trouvai, en effet, dans ce journal une observation où ce vice de conformation était bien décrit. Je voulus aussi m'assurer si dans le bec-de-lièvre double, simple ou compliqué, on rencontrait souvent ce vice de conformation de la lèvre inférieure. J'examinai dans cette intention tous les

becs-de-lièvre qui sont dans le Musée des hôpitaux, et je ne constatai point la présence de cette affection, même dans le cas de bec-de-lièvre double. Dans le même but, je priai M. Houel de vouloir bien me permettre de visiter le Musée Dupuytren, et sur tous les becs-de-lièvre qui existent dans cet établissement, je n'ai pu rencontrer de vice de conformation semblable à celui que je venais d'observer sur cette petite fille.

Il m'est donc démontré que ce vice de conformation est loin d'être fréquent, et qu'il serait aujourd'hui difficile de le rattacher à un état embryonnaire connu.

Ce fait m'avait aussi préoccupé au point de vue chirurgical. En présentant la jeune fille à la Société de biologie, je consultai les chirurgiens présents à la séance sur l'opportunité de l'opération. Tous furent d'avis qu'il ne fallait pas intervenir. Je me rangeai d'autant plus volontiers à cet avis que la jeune fille présentait beaucoup d'autres vices de conformation; et, en supposant qu'on fût assez heureux pour la débarrasser de celui-là, elle n'en aurait pas retiré un grand bénéfice; attendu que celui de la lèvre supérieure, malgré la réunion des bords de la solution de continuité, était encore très-difforme.

— M. LEGOUEST présente un malade atteint d'une affection singulière, d'un **torticolis intermittent.**

Lorsque le malade (militaire de la garde) est au repos, la tête est droite, sans déviation ; mais aussitôt qu'il marche, elle s'incline sur le côté droit, en avant. Lorsque le malade veut remettre la tête dans la rectitude, il est obligé de se servir de la main ; et il perçoit un craquement dans le côté gauche du cou, immédiatement en arrière de l'apophyse mastoïde, où jadis ont siégé des douleurs rhumatismales. Au repos, il n'y a ni contracture, ni contraction spasmodique, ni paralysie.

M. Legouest observe cette lésion pour la première fois; il émet l'opinion qu'il existe peut-être une lésion dans les articulations de l'atlas et de l'axis du côté droit. Le craquement perçu par le malade s'expliquerait alors facilement ; pourtant il serait surprenant alors que le chirurgien ne pût pas sentir ce craquement, dont le malade a seul conscience. Voilà déjà dix-huit mois que durent ces accidents, et tous les remèdes employés jusqu'à ce jour ont été inutiles.

M. Legouest demande si quelques-uns des membres de la Société n'auraient pas observé de semblables affections, et il désire avoir leur avis sur ce malade.

M. BOUVIER. Le malade présenté par M. Legouest est fort intéressant. Je ne pense pas qu'il s'agisse d'une lésion qui aurait son

siége dans les articulations vertébrales, mais bien plutôt d'une affection musculaire. M. Duchenne l'a observée dans un grand nombre de muscles, et il lui a consacré un chapitre dans la seconde édition de son livre. C'est un **spasme fonctionnel** du muscle sterno-mastoïdien. Ce spasme fonctionnel se produit au moment où le muscle entre en contraction, dans la marche, par exemple. On sent alors, je viens de m'en assurer, que ce muscle est contracté, sur quelque point que l'on porte la main. J'ai vu plusieurs cas semblables, et je puis dire que c'est une maladie rebelle. M. Amussat a obtenu un cas de guérison ; M. Robert a pratiqué une fois la section du muscle. J'ai fait plusieurs fois des opérations pour remédier à de pareilles lésions. Sur un malade, entre autres, j'ai pratiqué la section du muscle sterno-mastoïdien par la méthode sous-cutanée ; la contracture a persisté. Présumant que quelques faisceaux musculaires avaient dû échapper à l'instrument, j'ai conseillé de tenter la section du muscle à ciel ouvert. C'est M. Roux qui a pratiqué cette opération. Elle fut portée aussi loin qu'il était nécessaire, et je n'oublierai jamais que la veine jugulaire, turgescente, vint se présenter sous le bistouri au moment où furent divisés, sur la sonde cannelée, les derniers fascicules du muscle. Le malade fut guéri pour quelque temps, puis les accidents reparurent.

Tous les traitements locaux, tous les moyens orthopédiques sont sans succès. Pourtant on n'a pas encore, que je sache, essayé l'hydrothérapie.

M. ROBERT partage l'opinion que vient de formuler M. Bouvier, et pense aussi que c'est dans les muscles qu'est le siége de la lésion. Le bruit perçu par le malade lui paraît avoir son point de départ dans les muscles, et il se rencontre assez fréquemment dans d'autres régions.

M. DEBOUT a observé deux fois déjà un torticolis spasmodique intermittent. Dans un cas, il a obtenu une guérison par la faradisation des muscles antagonistes ; il a échoué dans l'autre cas.

Dans un cas de contracture de l'extenseur propre du gros orteil, il a obtenu un succès par l'injection de quelques gouttes de sulfate d'atropine ; il se propose d'employer le même moyen dans un cas de crampe des écrivains. Or, si la faradisation échouait dans ces circonstances, il n'hésiterait pas à en appeler à ces injections.

M. LEGOUEST remercie les membres de la Société des conseils qu'ils lui ont donnés ; il se propose d'avoir recours aux moyens qui viennent d'être proposés, et de faire connaître ultérieurement les résultats qu'il aura obtenus.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL a examiné la pièce qui a été adressée par M. Vauthier. Cette pièce, on s'en souvient, a été extirpée du maxillaire supérieur d'une femme présentée à la Société par M. Vauthier, dans une des séances du mois de mars.

Cette pièce est constituée par du tissu osseux. Quant aux points ramollis, élastiques, dépressibles, qu'on trouvait à la périphérie, M. Broca s'est assuré, à l'aide de recherches microscopiques, qu'ils n'étaient constitués ni par du tissu fibreux, ni par du cartilage, mais par un tissu de transition, tel que celui que l'on rencontre dans le cal, lorsque le travail de solidification est en train de se produire et que l'ossification n'est pas achevée.

— **M. CHASSAIGNAC** appelle l'attention de la Société sur trois pièces :

— 1° **Fracture du sternum.** Cette pièce a été recueillie sur le cadavre d'un homme qui était tombé d'un quatrième étage. On remarque, au niveau de la *poignée* du sternum, une fracture peu importante, et un peu plus bas une *fracture en V*. La pointe du V du fragment supérieur a pénétré dans le fragment inférieur et a déterminé un décollement des deux lames du diploé.

— 2° **Une fracture en V** du tibia. Du sommet du V part une fissure qui descend vers l'extrémité inférieure du tibia; mais tandis que la fissure va aboutir ordinairement au niveau de la surface articulaire inférieure du tibia, en détachant quelquefois la malléole interne, sur cette pièce la fissure contourne le tibia et va se rendre dans l'articulation tibio-péronière inférieure.

Cette fracture s'était produite dans les conditions les plus simples, à la suite d'un faux pas. Un appareil plâtré fut appliqué, et il ne survint aucun accident du côté de la fracture. Mais le malade était dans de mauvaises conditions; le séjour au lit a déterminé un affaissement général, un affaiblissement qui a marché graduellement en augmentant, et le malade a succombé. On n'a trouvé à l'autopsie aucune complication du côté de la fracture, mais seulement un épanchement dans les plèvres.

— 3° Enfin M. Chassaignac présente une **virole en cuivre,** de forme conique, rétrécie à son sommet, et épaisse de trois à cinq millimètres au moins. Cette virole surmonte les tuyaux que l'on adapte aux robinets, dans les salles de bains, pour faire arriver l'eau au fond de la baignoire. Cette virole a été dévissée et un baigneur a passé sa verge

dans son ouverture. La verge s'est gonflée et la virole n'a pas pu être retirée. Il y eut alors un véritable paraphimosis, et plus l'on faisait d'efforts pour enlever la virole, plus la verge était turgescente. Elle formait alors du côté du gland un véritable champignon. Cette introduction eut lieu un samedi : M. Chassaignac vit le malade le lundi matin. On avait essayé de limer la virole, mais on était à peine parvenu à lui imprimer quelques aspérités.

Le lundi, M. Chassaignac se fit aider de M. Mathieu, toujours ingénieux et toujours prêt à prêter son concours quand il est réclamé par les chirurgiens. M. Chassaignac fixa la virole à l'aide de forts daviers, et cette fixation était d'autant plus facile que la virole était évasée vers sa partie postérieure, et que l'on pouvait, en ce point, passer sans peine un davier entre elle et la verge. La virole ainsi maintenue, M. Mathieu pratiqua deux traits de scie, qui divisèrent la virole en deux parties presque égales. Elle fut retirée, et les accidents disparurent promptement.

L'étranglement de la verge par les corps étrangers est assez rare; mais M. Chassaignac ne connaît pas de fait qui puisse être mis à côté de celui-ci. Il appelle surtout l'attention sur le procédé qui a été employé pour entamer et enlever la virole de cuivre.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, BAUCHET.

Séance du 10 avril 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

A propos du procès-verbal, M. BROCA présente le liquide qu'il a extrait d'un *kyste placé à l'angle externe des paupières*, et qu'il avait cru être un **kyste lacrymal.** Le malade, on s'en souvient, a été présenté à la Société dans une des séances précédentes.

Le liquide est opalin, un peu visqueux; sa consistance et sa couleur ne rappellent pas du tout la consistance et la limpidité des larmes.

L'analyse de ce liquide, faite par M. Reveil, a donné le résultat suivant :

Poids du liquide, 2,63.

Soumis à l'ébullition, l'albumine se coagule; celle-ci, desséchée exactement, pesait 0,06. Le liquide évaporé à siccité et le résidu étant

repris par l'éther, par évaporation de celui-ci, on obtient des traces évidentes de matière grasse tachant le papier. Le résidu laissé par l'éther, fortement calciné à blanc, laisse du chlorure de sodium à peu près pur avec des traces de sulfate.

Eau, 2,47.	soit pour 100	96,87
Albumine, 0,06.	—	2,35
Sels inorganiques, 0,02. . .	—	0,78
Matières grasses, traces.		
		100,00

— M. GIRALDÈS : La pièce anatomique que je montre à la Société provient d'une petite fille qui a été présentée récemment à la Société et que j'ai opérée il y a aujourd'hui huit jours. L'opération a été longue et laborieuse; il a fallu détacher la tumeur au moyen de l'écraseur, et lier, avant de la séparer, les vaisseaux qui s'y rendaient. Cette tumeur est formée par deux masses, l'une supérieure et l'autre inférieure. La première a la forme d'un sphéroïde aplati, mesurant dans sa grande circonférence 0,33, et 0,29 dans sa petite. Son grand axe mesure 0,10. Cette tumeur est lobulée dans quelques points, et enveloppée par une partie fibreuse qui se détache du pédicule. Dans quelques points de son étendue elle présente des kystes, les uns remplis d'une matière graisseuse très-blanche, les autres contenant une matière graisseuse liquide, d'aspect et de couleur de miel.

Sur la coupe de la tumeur, on voit qu'elle est formée d'une trame fibreuse serrée, remplie par une graisse très-fine; au milieu de cette masse fibro-graisseuse, on rencontre des formations osseuses au nombre de deux. La première, longue, comme pliée au tiers de sa longueur, mesure 0,04 de long; elle est terminée par une extrémité de forme apophysaire. Cette pièce osseuse est constituée par du tissu osseux, par un os enveloppé de son périoste. La seconde pièce osseuse est plate, revêtue également par du périoste, et mesure 0,03 de longueur.

La partie inférieure de la seconde tumeur est formée par un composé de tissu fibreux, de graisse, présentant dans son milieu trois kystes remplis de matière blanche sébacée, contenant une grande quantité de poils.

La jeune opérée a succombé à une pneumonie neuf jours après l'opération.

CORRESPONDANCE.

M. Trélat (Ulysse) se porte candidat à la place de membre titulaire qui vient d'être déclarée vacante.

— M. Michon demande à échanger son titre de membre titulaire pour celui de membre honoraire.

— M. Parmentier fait hommage à la Société d'un exemplaire de son *Mémoire sur l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire*. Paris, 1861, in-8°.

— M. Azam, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux, adresse, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un manuscrit intitulé : *Tumeur du maxillaire inférieur ; désarticulation ; guérison*. (Commissaires, MM. Gosselin, Richet et Verneuil.)

— M. Bleynie, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges, adresse une observation manuscrite intitulée : *Plaie pénétrante de l'articulation du genou ; guérison avec ankylose*. (Commissaire, M. Jarjavay.)

— M. Larrey, à l'occasion de la correspondance, donne lecture de la lettre suivante qu'il a reçue de M. le docteur Secourgeon, médecin en chef de l'hôpital militaire de Perpignan, pour avoir l'avis de la Société sur l'opportunité de la désarticulation de la cuisse dans un cas de fémoro-coxalgie :

« Perpignan, le 2 avril 1861.

» Monsieur l'Inspecteur,

» J'ai dans mon service un malade atteint de coxalgie, ou pour m'expliquer plus clairement, de carie de l'articulation coxo-fémorale, avec trajets fistuleux, suppuration abondante, flexion de la jambe snr la cuisse et de la cuisse sur le bassin. Le malade est dans cet état depuis dix mois ; la poitrine est saine ; les fonctions digestives bonnes ; peu de sommeil, car les douleurs sont vives et exaspérées par le moindre mouvement. Le moral est très-bon et si bon même, que ce pauvre homme, que nous voudrions laisser mourir en paix, réclame avec les plus vives instances l'amputation coxo-fémorale.

» Bien que je considère cette opération comme impossible dans une tumeur blanche de la hanche, puisque les deux surfaces articulaires en contact sont probablement aussi malades l'une que l'autre, pour me débarrasser de ses obsessions, j'ai réuni, à sa prière, les médecins civils et militaires de Perpignan, et après examen du membre, constatation du bon état des poumons et du tube digestif, la majorité a reconnu possible une amputation coxo-fémorale.

» J'avoue que je ne partage pas son avis, bien que le raccourcissement du membre (4 centimètres) permette à la rigueur de supposer que le fémur luxé est seul malade et que l'os coxal est encore sain. La sonde ne rencontre dans aucun point la surface osseuse dénudée complétement. Il y a dans l'aine et à la région fessière des foyers qui se vident, sous la pression, par les trajets fistuleux et ulcérés exis-

tant en avant et en dehors du grand trochanter. Enfin, le malade me supplie de l'opérer et attendra avec la plus vive impatience votre avis particulier et celui de l'Académie ou de la Société de chirurgie, que je vous prie de vouloir bien consulter d'urgence.

» Malgré les dangers auxquels une semblable opération l'expose, et quoique je lui aie dit que la guérison était l'exception, que j'avais moi-même pratiqué cette désarticulation cinq fois sans le moindre succès, etc.... il sait qu'il est perdu et veut courir la seule chance qui lui reste.

» Veuillez donc me donner un conseil, et si vous et la Société de chirurgie, tenant compte des circonstances morales plus que de l'état pathologique, vous me conseillez d'opérer, je le ferai aussitôt votre lettre reçue.

» Veuillez agréer, etc. Signé, SECOURGEON. »

M. Larrey ajoute à la lecture de cette lettre, qu'il l'a déjà communiquée à quelques-uns de ses collègues de l'Académie, du Conseil de santé et du Val-de-Grâce. Les avis divers qu'il a recueillis peuvent se résumer en trois propositions différentes : soit de se contenter de l'expectation ou des soins palliatifs, malgré la certitude d'un résultat fatal ; soit de recourir à la résection de l'extrémité articulaire du fémur, et, au besoin, de ruginer la cavité cotyloïde ; soit enfin d'en venir d'emblée à la désarticulation de la cuisse, malgré les chances malheureuses de cette redoutable opération.

M. CHASSAIGNAC. Il me paraît bien difficile de donner un avis sans voir le malade, et surtout quand il s'agit d'une opération si grave. On peut dans ces circonstances, et suivant les indications, réséquer l'extrémité supérieure du fémur seule, ou bien cette portion du fémur et une partie de la cavité cotyloïde, ou bien enfin tenter la désarticulation de la cuisse.

Pour ce qui est des résections, je ne sais si elles doivent dans ces circonstances donner de bons résultats. Syme les regarde comme de mauvaises opérations, et il prétend même qu'on n'a publié aucun cas de guérison positive, même en Angleterre. Il me paraît que Syme a été trop loin ; mais pourtant c'est une grande autorité, et qui ne nous permet pas de croire trop facilement aux heureux résultats de ces résections.

M. LEGOUEST pense comme M. Chassaignac qu'il est difficile de donner un avis sans avoir pu examiner le malade. La résection lui paraît une mauvaise opération.

M. Legouest fera prochainement à la Société un rapport sur le

travail de M. Bazire ; mais il peut dire dès aujourd'hui que les faits relatés dans la thèse de M. Bazire ne lui paraissent pas concluants.

Tout en faisant ses réserves, il pense que pour le cas de M. Secourgeon, la désarticulation serait l'opération qu'il conseillerait.

M. FOLLIN désire que l'on établisse une distinction entre les lésions traumatiques et les lésions chroniques qui peuvent réclamer ces opérations.

Il ne pense pas que l'on puisse rejeter aussi facilement ces résections; il attendra du reste le rapport de M. Legouest pour revenir sur ce sujet, s'il y a lieu. Seulement c'est une opération simple, et même des plus faciles.

M. Follin pense que dans beaucoup de lésions anciennes la résection doit être préférée à la désarticulation.

M. CHASSAIGNAC. La question posée par M. Larrey, au nom de M. Secourgeon, me paraît entrer dans une voie plus étendue : je puis donc compléter ce que je n'avais fait qu'indiquer il y a un instant. La résection est une opération qu'il ne faut pas rejeter d'emblée ; elle n'a pas encore fait ses preuves en France ; mais en Angleterre elle paraît avoir donné un certain nombre de succès, malgré l'assertion de Syme. Mais il faut prendre garde de donner aux statistiques plus d'importance qu'elles n'en doivent avoir. Telle opération donne des succès dans tels pays, qui, importée à Paris, serait presque fatalement mortelle. Ainsi l'ovariotomie, etc.

Mais revenons à la question qui nous occupe : je crois que, dans le fait de M. Secourgeon, on peut commencer l'opération comme si l'on voulait réséquer l'extrémité supérieure du fémur ; et si l'on voit que l'altération est trop étendue, si l'on s'aperçoit que cette résection doive être insuffisante, il faut alors se décider à pratiquer la désarticulation.

M. LEGOUEST donne le même conseil que M. Chassaignac.

M. VERNEUIL pense que la résection de l'extrémité supérieure du fémur doit entrer dans la pratique. Cette opération a été faite en Angleterre, en Amérique et aussi en Allemagne, et M. Le Fort, qui a étudié cette opération en Angleterre, a rapporté des observations qui devraient nous la faire accepter plus facilement. Pour le cas actuel, M. Verneuil pense qu'il faut abandonner le malade, ou se décider à pratiquer une résection ; il ne veut pas conseiller la désarticulation.

M. GIRALDÈS croit que l'on a exagéré les dangers de la résection ; il dit que si l'on compulse les faits qui servent de base aux statistiques, si l'on rejette les observations dans lesquelles la résection a été tentée *in extremis*, comme dernière ressource, on arrive à des résultats qui n'ont rien de décourageant.

M. MARJOLIN émet aussi l'opinion que la résection est une opération qui pourrait offrir de bons résultats ; il l'a pratiquée une fois, l'enfant a survécu un an.

M. LARREY remercie la Société pour M. Secourgeon, auquel il va s'empresser de faire connaître l'opinion des membres qui ont pris part à la discussion, sans y joindre cependant l'énoncé des remarques ou des avis en dehors du cas actuel ou du sujet spécial.

LECTURE.

M. TEDESKI lit un travail sur un nouveau procédé pour l'opération de la cataracte. Le travail de M. Tedeski est renvoyé à une commission composée de MM. Richard, Béraud et Follin.

PIÈCE.

M. BROCA présente le cinquième orteil et le tiers environ de la portion antérieure du cinquième métatarsien qu'il a amputés à Bicêtre. Le malade avait un cor à la partie externe et antérieure du cinquième métatarsien ; ce cor était très-ancien, et le malade avait coutume de le recouvrir avec un morceau de diachylon. Il survint un érysipèle, puis un abcès, et en moins de quinze jours l'os fut mis à nu. Depuis cette époque, le malade éprouvait des douleurs horribles. M. Broca pensait, en raison du siége de la lésion, que l'articulation métatarso-phalangienne était ouverte. Il fit l'extirpation de l'orteil avec la portion antérieure du cinquième métatarsien. L'opération fut très-simple, et les suites n'offrent rien de particulier à noter : les douleurs ont disparu immédiatement.

Or sur cette pièce présentée à la Société l'articulation est saine, mais l'os est érodé, ulcéré ; cette érosion ressemble un peu à la carie, mais l'os est plus ramolli, et ne présente pas le vermoulu de la carie. Il reste autour de l'articulation, du côté de l'orteil et du côté du métatarsien, une lamelle compacte, foliacée, adhérente aux cartilages articulaires et les soutenant.

Or c'est une affection qui a une marche singulière, et qui a détruit une portion osseuse en trois semaines ; c'est une **affection aiguë de l'os**; qui, par son début et sa marche, se rapproche un peu de la description que l'on a donnée du **mal dit perforant.**

M. CLOQUET rappelle, à cette occasion, un fait curieux qu'il a observé à l'hôpital Saint-Louis.

Un malade portait au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne de chacun des deux gros orteils un cor dur et très-gros. L'un des deux agit comme aurait fait un clou, il écarta les tendons et pénétra dans l'articulation. Le malade souffrait horriblement, et

M. Cloquet enleva l'orteil avec l'extrémité antérieure du premier métatarsien. De l'autre côté, pour prévenir de semblables accidents, M. Cloquet fit faire un bourrelet qui entourait le cor à sa base, et empêchait la chaussure d'appuyer sur sa partie libre. Il n'y eut pas d'accidents ultérieurs.

M. PERRIN a vu à l'hôpital des Invalides, dans le service de M. Hutin, la même altération que celle qui vient d'être présentée par M. Broca. C'était la même ulcération, la même lésion comme siége et comme altération pathologique. Ce fait, décrit par M. O. Leconte, a été le sujet d'un rapport de M. Larrey à la Société médicale d'émulation. Seulement la marche de l'altération avait été moins rapide, et elle avait mis sept à huit mois pour se produire.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr BAUCHET.

Séance du 17 avril 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. LARREY informe la Société qu'il a répondu à M. Secourgeon dans le sens indiqué par la discussion elle-même, en tenant compte, d'une part, des difficultés d'appréciation de cette fémoro-coxalgie, sans un examen direct du malade, et d'autre part, des insuccès de l'expectation, à une période aussi avancée de la maladie.

Il l'a engagé, en conséquence, à tenter d'abord la résection de l'extrémité articulaire du fémur, avec ou sans rugination de la cavité cotyloïde, sauf à recourir ensuite, par un complément du procédé opératoire, à la désarticulation secondaire de la cuisse.

— M. GIRALDÈS : Dans la dernière séance, je n'avais pas de statistique à citer à l'appui de ce que j'ai dit. Or, voici les faits que j'ai réunis sur ce sujet.

Fock, médecin en chef de l'hôpital de Magdebourg, a relaté, dans les *Archives de chirurgie clinique*, publiées sous la direction de Lan-

genbeck (t. I, premier cahier, p. 172), 90 observations, ainsi réparties :

46	pratiquées par des chirurgiens	anglais.
7	— —	américains.
34	— —	allemands.
2	— —	français.
1	— —	belge.
TOTAL : 90		

Sur ce chiffre, 78 résections ont été pratiquées pour des maladies articulaires; il y a eu 38 guérisons, 26 morts. — Sur les 38 guérisons, il reste pourtant 14 cas douteux. Enfin, 22 fois les opérés ont pu se servir de leur membre, et la résection leur en a rendu l'usage.

Dans une autre statistique de Baswell, nous trouvons relatés 104 cas de résection ; 12 de ces opérations ont été pratiquées à la suite de lésions traumatiques ; 11 à la suite de plaies par armes à feu. On compte 1 succès. 92 résections ont été faites à la suite de maladies articulaires; il y a eu 56 guérisons, 32 morts, 4 cas douteux.

Sur ces 56 guérisons, nous voyons 14 cas dans lesquels les renseignements ne sont pas suffisants pour savoir quel a été le résultat définitif; 6 fois les malades n'ont pas pu se servir de leur membre après l'opération; 36 fois les opérés ont pu marcher et ont recouvré, après la résection, l'usage de leur membre.

Voilà pour la résection de l'articulation coxo-fémorale. Quant aux résections du genou, sur 181 observations, rassemblées par M. Baswell, nous trouvons 39 morts, dont 2 après avoir été amputés; 20 malades ont été amputés consécutivement à l'opération, et nous ne savons pas ce qui est arrivé; il reste 122 guérisons.

Ces chiffres parlent assez en faveur des résections, et je crois que l'on ne peut pas rejeter facilement des opérations qui ont pu donner les résultats que j'ai recueillis et que je viens de vous communiquer.

— La Société est appelée à voter sur la demande de M. Michon de changer son titre de membre titulaire en celui de membre honoraire.

Votants	25
Oui	24
Bulletin blanc	1
	25

En conséquence, M. Michon est nommé membre honoraire de la Société.

CORRESPONDANCE.

M. Blot (Hipp.) se présente comme candidat à la place de membre titulaire qui vient d'être déclarée vacante.

— La Société a reçu le discours prononcé sur la tombe du professeur Forget (de Strasbourg), par M. Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

— M. Follin offre à la Société, au nom de l'auteur M. le docteur Metaxas, une thèse inaugurale intitulée : *De l'exploration de la rétine et des altérations de cette membrane visibles à l'ophthalmoscope*. Paris, 1861, in-4° (166 pages et 3 planches).

LECTURE D'UN RAPPORT.

M. BOINET lit un rapport sur une observation de M. Bonifas (d'Anduze).

Le docteur Bonifas (d'Anduze) a adressé à la Société de chirurgie une observation de fractures incomplètes, qui, si elle était exacte, serait un cas très-curieux et très-intéressant de courbure des os, avec fracture incomplète, chez les vieillards. Malheureusement l'observation de notre confrère nous a laissé plus d'un doute, aussi allons-nous vous faire connaître ses points principaux, afin que vous puissiez la juger.

Il s'agit d'une vieille femme de soixante ans qui, dans le mois de décembre 1858, étant occupée dans une papeterie, eut sa robe accrochée par une aiguille en fer, fixée à un arbre horizontal en fer d'environ 12 centimètres de diamètre. Cet arbre tournait très-lentement; en voulant retirer sa robe, celle-ci ainsi que l'avant-bras et le bras s'enroulèrent dans le sens de la flexion autour de l'arbre, qui était placé à 0,30 centimètres au-dessus du sol ; heureusement que dans ce moment la courroie qui mettait l'arbre en mouvement vint à se détacher, sans quoi l'épaule de cette malheureuse allait aussi s'engager. Appelé à voir cette malade, le docteur Bonifas constate les lésions suivantes :

Gonflement considérable du membre. A 2 centimètres au-dessous du col chirurgical, l'humérus est fracturé, et les fragments ne sont déplacés que suivant la direction ; ils forment un angle très-obtus, dont le sommet se dirige en arrière, et un peu en dehors. La crépitation et la mobilité sont très-manifestes.

A l'avant-bras, à 4 centimètres au-dessous du pli du coude, existe une seconde fracture; mais celle-ci est incomplète, n'intéressant *que*

les trois quarts postérieurs des deux os; les fragments supérieurs forment avec les inférieurs un angle très-obtus, dont le sommet regarde en arrière.

Nous demanderons en passant comment notre confrère a pu, au milieu d'un gonflement très-considérable, constater d'abord que la fracture de l'humérus siégeait à 2 centimètres au-dessous du col chirurgical; comment il a pu s'assurer que les fractures situées à 4 centimètres au-dessous du pli du coude n'intéressaient que les trois quarts postérieurs des deux os, etc.

A égale distance de cette seconde fracture et de l'articulation du poignet, existe une troisième fracture qui présente *les mêmes caractères*. M. Bonifas ne constate dans ces dernières fractures ni mobilité, ni crépitation, *seulement la déformation du membre*, qui, suivant notre confrère, ne laissait aucun doute sur l'existence de ces deux fractures incomplètes.

Le traitement n'a présenté rien de bien remarquable. La tendance au déplacement était nulle. En réduisant les fractures de l'avant-bras, notre confrère affirme qu'il a fait *disparaître en partie* la déformation de l'avant-bras et qu'il a eu conscience d'opérer un redressement, et qu'en l'accomplissant, il a senti quelques fibres se briser... D'ailleurs, ajoute M. Bonifas, la double fracture était évidente; elle seule pouvait expliquer l'incurvation de l'avant- bras suivant sa face antérieure. A cause du gonflement considérable du bras et de l'avant-bras, et de la douleur, l'appareil dextriné ne put être appliqué que huit jours après l'accident. La malade a recouvré l'usage de son membre. Il y a eu longtemps de la roideur, et aujourd'hui l'avant-bras est seulement un peu moins fort qu'auparavant.

A la suite de cette observation viennent des réflexions de notre confrère, qui cherche à démontrer qu'il a eu affaire à des fractures incomplètes par courbure des os, telles qu'on en rencontre chez les jeunes sujets ou chez des individus de mauvaise constitution. Chez cette vieille femme, dont la constitution et les antécédents sont passés sous silence, notre confrère pense que les fractures de l'avant-bras *ont été incomplètes et indirectes*, parce qu'elles ont eu lieu successivement et avec une grande lenteur; que, d'ailleurs, la malade a affirmé qu'elle avait senti *ses os craquer peu à peu*.

L'observateur s'appuie sur la lenteur du mouvement de rotation de l'arbre sur son diamètre, qui, s'il avait été plus petit, aurait produit des lésions infiniment plus graves...; les doigts de cette femme ont été engagés les premiers et étaient appliqués contre l'arbre par leur face antérieure. Cet enroulement, grâce aux articulations des différentes phalanges entre elles, a pu s'effectuer sans difficulté; il a pu

encore se produire jusqu'auprès de l'articulation radio-carpienne, alors sont arrivés les os de l'avant-bras, qui, trop longs pour s'enrouler, ont dû se fracturer, de telle façon que les fibres de la face postérieure du radius et du cubitus, qui éprouvaient une distension plus considérable, se sont rompues, tandis que celles de leur face antérieure, qui appuyaient sur l'arbre, n'ont été que courbées.

Pour montrer que les choses se sont passées ainsi, notre confrère recommande de faire l'expérience suivante : Si on prend une allumette en bois, qu'on la place par son centre sur le rebord d'une cheminée, puis qu'on appuie avec lenteur sur ses deux extrémités, cette allumette se fracture d'une manière incomplète, c'est-à-dire dans les cinq sixièmes de son épaisseur environ, et si l'expérience est faite sur un corps cylindrique, la fracture intéressera une épaisseur moindre. Il conclut de cette expérience que chez sa malade les fractures de l'avant-bras ont eu lieu par un mécanisme semblable.

Nous ferons remarquer que cette observation manque de plusieurs détails importants. Nous avons déjà insisté sur quelques-uns. Il eût été bon aussi de savoir si dans la constitution de cette malade il n'y avait aucune cause de ramollissement du tissu osseux.

Pour appuyer son diagnostic, M. Bonifas invoque :

1° La déformation de l'avant-bras ;

2° Le craquement entendu par la malade ;

3° La cause fracturante ;

4° L'expérience qu'il a faite avec une allumette en bois.

Ces preuves sont loin d'avoir à nos yeux la valeur qu'on veut bien leur donner.

La déformation de l'avant-bras, dans ce cas particulier, ne peut être considérée comme un signe certain de l'incurvation des os chez cette malade. Le gonflement était très-considérable ; par conséquent, ne pouvait-il pas être la cause de la déformation ? On sait que dans quelques cas l'infiltration du sang, qui durcit certaines parties, tandis que d'autres, qui sont le siége d'un épanchement, sont ramollies, peut faire croire à l'existence d'inégalités produites par les fragments d'une fracture, et être une cause d'erreurs de diagnostic. A cette occasion, nous citerons un fait que nous avons observé tout dernièrement sur un enfant de sept ou huit ans. En tombant dans un escalier, il se luxa le cubitus en arrière ; à la suite de cette chute, le bras et l'avant-bras se gonflèrent énormément. Le confrère qui m'avait fait appeler le lendemain de l'accident avait cru à plusieurs fractures du bras et de l'avant-bras, mais surtout à une forte courbure des os de l'avant-bras, en raison de l'âge du sujet et de la déformation très-marquée qui existait. En effet, en regardant l'avant-

bras de cet enfant, il était difficile de ne pas avoir l'idée d'une courbure des os ; mais dès qu'on eut examiné les choses de plus près, il fut facile de constater la luxation du coude, ce qui était déjà une présomption pour écarter l'idée d'une fracture ou d'une courbure des os de l'avant-bras; celle-ci n'était qu'apparente. La luxation ayant été réduite, et le gonflement ayant complétement disparu au bout de quelques jours, il devint facile de constater que la déformation du membre dépendait de son gonflement et non de la courbure des os.

Puisque notre confrère a été obligé d'attendre pendant huit jours la disparition du gonflement pour appliquer un appareil dextriné, il devait être facile de constater un *reste de courbure*, si elle existait réellement, puisqu'il dit qu'au moment de la réduction il n'a pu la faire disparaître *qu'en partie;* cette circonstance aurait pu l'éclairer sur le diagnostic. A la fin du traitement, lorsqu'il a enlevé l'appareil, alors que l'avant-bras devait être aminci, un peu atrophié, ce qui arrive toujours lorsqu'un membre a été renfermé pendant un mois ou six semaines dans un appareil inamovible, notre confrère aurait pu encore constater un reste de courbure ou bien les traces du cal.

Mais il n'est rien dit de tout cela dans l'observation.

Quant au craquement entendu par la malade au moment de l'accident, c'est un signe de bien peu de valeur pour affirmer la fracture incomplète des os de l'avant-bras, car ce craquement entendu par la malade peut bien être le résultat de la fracture de l'humérus ; on sait, d'ailleurs, quelle confiance on peut avoir dans le dire des blessés en pareille circonstance.

Pour ce qui est de la cause fracturante, elle aurait pu produire tout aussi bien une fracture simple et directe qu'une fracture incomplète et indirecte. Enfin, nous ne voyons guère la similitude qui peut exister entre la fracture d'une allumette en bois, dont les fibres sont molles, plus ou moins extensibles, et le radius et le cubitus d'un vieillard, dont le tissu osseux est sec et friable.

Les raisons que nous venons d'indiquer doivent donc nous engager à n'accepter l'observation de notre confrère d'Anduze qu'avec beaucoup de réserve; non que nous voulions nier d'une manière absolue que les fibres des os des vieillards non atteints de cancer, de scorbut ou de rachitisme, ne puissent, soumises à une extension lente, successive et graduée, éprouver une certaine courbure, comme celle qu'on observe chez les jeunes sujets, nous connaissons sur ce point les observations de Cooper, Compaignac, Meiding, Chelius, Costollat, Sauson, Cloquet; — mais parce que le fait apporté par notre confrère ne nous paraît pas offrir toutes les preuves que réclame un pareil

sujet. Cotte observation n'en est pas moins intéressante et mérite de fixer l'attention.

M. Boinet propose de remercier l'auteur de ses observations. Cette conclusion est adoptée.

Sur la proposition du président, la Société décide que le rapport de M. Boinet sera imprimé dans les *Bulletins*.

M. CHASSAIGNAC. Je ne puis qu'approuver les réserves que la Commission a apportées dans l'appréciation de cette observation. Il me semble difficile d'admettre une fracture incomplète dans le fait qui nous a été adressé. Il est curieux et intéressant sans doute ; mais je ne peux pas croire qu'il y ait eu, à cet âge, et dans ces conditions, avec une violence si grande, une ou plusieurs fractures incomplètes. J'ai rencontré dans ma pratique un certain nombre de cas dans lesquels les fractures donnent lieu à des symptômes assez singuliers. Avec une fracture évidente, une mobilité anormale des plus prononcées, on ne trouvo pas de crépitation. J'ai donné à ces fractures le nom de **fractures molles.**

J'ai bien vu huit ou dix de ces faits, et j'ai plusieurs fois, dans mes leçons, appelé l'attention sur ce point. J'ai observé ces fractures sur l'humérus. Lorsque l'on cherche à se rendre compte de la lésion, on plie le membre en différents sens et sans difficulté, et l'on ne sent pas de crépitation, du moins en procédant comme doit le faire le chirurgien qui cherche à s'assurer s'il existe ou non une fracture. Peut-être sentirait-on cette crépitation si l'on cherchait à imprimer au membre blessé des mouvements violents et étendus, mais ce n'est pas ainsi que doit faire le chirurgien. Ces fractures sont lentes à guérir. Je n'ai jamais pu, par des autopsies, m'assurer de l'état des os. Elles avaient eu pour cause une violence considérable, telle que le passage d'une roue de voiture sur le bras, ou l'enroulement du membre autour d'une roue mise en mouvement par la vapeur, etc.

M. HUGUIER. Les faits de M. Chassaignac sont fort intéressants ; peut-être pourrait-on trouver l'explication de cette absence de crépitation dans le mode même de production de ces fractures. Il y a eu violence considérable, attrition du membre, et partant épanchement sanguin abondant, et broiement des parties molles. Cet épanchement, cette attrition sont de mauvaises conditions pour que l'on puisse sentir la crépitation.

Du reste, la déformation et la mobilité anormales sont telles que, comme le disait M. Chassaignac, le chirurgien n'a pas besoin de rechercher la crépitation. Peut-être encore, les muscles étant déchirés, quelques faisceaux musculaires viennent-ils s'interposer entre les

fragments osseux. Toutes ces conditions expliquent fort bien pourquoi, suivant l'observation de M. Chassaignac, ces fractures sont longues à guérir. La soudure, au lieu de se faire directement, se fait latéralement, et, pour ainsi dire, au moyen d'un cal latéral.

Pour en revenir au fait de M. Bonifas (d'Anduze), je trouve aussi difficile d'admettre une fracture incomplète. Dans les cas de fractures des deux os de l'avant-bras, les deux os sont rarement cassés à la même hauteur ; le déplacement en avant et en arrière est facile, et en raison de l'épanchement sanguin et de l'épaisseur des muscles, la crépitation est difficile à sentir ; on ne la cherche même pas, tant la mobilité anormale et la déformation suffisent pour établir le diagnostic. Le déplacement latéral est plus difficile, et ce fait explique peut-être pourquoi l'on peut croire à une fracture incomplète. Si l'on voulait chercher dans ce sens, la douleur est vive, mais la crépitation serait plus aisément perçue.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. VERNEUIL présente une petite fille de neuf ans atteinte d'une **luxation du coude**, datant de six mois, et survenue à la suite d'une chute. Cette luxation latérale interne persiste. La médecin prétend avoir réduit cette luxation, qui se serait reproduite au moment où fut levé le premier appareil.

Les mouvements de flexion et de rotation du coude, quoique gênés, sont conservés ; peut-être en raison de ces circonstances, ajoute M. Verneuil, pourrait-on tenter encore la réduction de cette luxation. Mais ce fait a besoin d'être étudié avec soin, avant de se décider à prendre un parti, et, dit en terminant M. Verneuil, le malade devant entrer dans le service de M. Marjolin, notre collègue pourra compléter ultérieurement cette observation.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. FOLLIN présente un exemple de **cancroïde glandulaire**, développé aux dépens de la couche glanduleuse sous-muqueuse des grandes lèvres.

Toutes les fois, dit M. Follin, qu'on examine un cancroïde de la peau ou des muqueuses, il est curieux de rechercher le siége anatomique de cette production. On trouve en effet plusieurs variétés de ces cancroïdes, ayant une physionomie et une marche particulières, caractéristiques.

Il y a des cancroïdes développés dans l'épaisseur du derme (*cancroïdes dermiques*) ; des cancroïdes ayant leur point de départ dans

les papilles de la peau (*cancroïdes papillaires*) ; des cancroïdes enfin dont le siége est dans les glandules cutanées (*cancroïdes glandulaires*).

La forme, l'aspect, les caractères des deux premières variétés en rendent généralement le diagnostic assez facile. La dernière espèce est assez rare et n'est pas toujours commode à déterminer. Or, dans la pièce que je présente à la Société, cette détermination est facile et ne peut pas laisser le moindre doute.

J'ai enlevé ce matin cette tumeur sur les grandes lèvres d'une femme de la Salpêtrière. Elle était située à la partie inférieure de la grande lèvre droite et occupait à la fois la face muqueuse et la face cutanée de la grande lèvre. Il y avait de plus un petit prolongement vers le haut, du côté de l'urèthre.

La femme est âgée de cinquante-sept ans ; elle a eu beaucoup d'enfants. La maladie a débuté il y a onze mois par un bouton situé dans la moitié inférieure de la grande lèvre droite. Sa marche a été assez rapide, et aujourd'hui, à la place du bouton, on trouvait une espèce de champignon, gros comme un petit œuf, étalé, végétant et ulcéré, saignant facilement.

Pendant plusieurs mois, avant que je visse la malade, on fit des cautérisations avec le nitrate d'argent, et elles semblaient plutôt activer que retarder l'évolution de la tumeur.

J'ai pratiqué aujourd'hui l'extirpation de tout ce champignon. Il y eut un écoulement sanguin, veineux, assez abondant. La maladie était limitée, et il n'y avait aucun retentissement dans les ganglions inguinaux.

La coupe de cette tumeur, dans différents points, nous montre qu'elle est formée de lobules, placés les uns à côté des autres, isolés et recouverts d'une couche épithéliale considérable. Au centre de ces lobules, on retrouve une petite cavité, qui n'est autre chose que la cavité primitive de la glande dans laquelle et autour de laquelle s'est développé le cancroïde. Ces petites cavités sont visibles à l'œil nu, et on peut très-bien les étudier à la loupe.

M. BROCA. Cette pièce de M. Follin vient compléter la série des cancroïdes cutanés que j'ai pu étudier jusqu'à présent. Je ne veux pas insister sur les cancroïdes dermiques et papillaires, mais seulement sur les cancroïdes glandulaires.

Notre collègue M. Verneuil a bien étudié les *cancroïdes* développés dans les *glandes sudoripares*, et nous en avons vu un grand nombre d'exemples à la Société. A côté de ceux-ci, je placerai les *cancroïdes sébacés*, c'est-à-dire qui ont leur siége dans les glandules qui portent ce nom. J'en ai opéré un, il y a quatre ans, qui était placé sur le nez d'un individu, et j'ai pu m'assurer qu'il avait son siége dans une

glande sébacée. Il n'y a pas eu de récidive. Ici le *cancroïde* a son point de départ dans une autre catégorie de glandes, dans les *follicules muqueux* de la vulve. Ces follicules sont assez grands, plus grands que les follicules sébacés ; c'est ce qui explique pourquoi la cavité glandulaire est apparente et visible même à l'œil nu.

— M. CHASSAIGNAC présente un malade et des pièces pathologiques.

1° Le malade offre une affection assez rare et singulière. Il porte sur le corps, sur les bras, les avant-bras, le tronc, les membres inférieurs, mais surtout sur les membres supérieurs, une cinquantaine de petites tumeurs. Ces productions sont d'un volume un peu variable : les unes ont la grosseur d'une petite noisette, d'autres ont à peine les dimensions d'un grain de blé. Elles sont saillantes, et forment sur le corps un relief, ce qui les fait ressembler aux tumeurs auxquelles on a appliqué cette dénomination si impropre de **tumeurs molluscoïdes.**

M. Chassaignac a enlevé une de ces tumeurs, et l'a trouvée formée de tissu graisseux. Mais ce sont surtout les caractères propres à chacune de ces tumeurs qui méritent de fixer l'attention. La peau est atrophiée au niveau de ces productions, et celles-ci ne sont recouvertes que par une pellicule épidermique très-mince. Il semble qu'elles soient dues à la hernie du tissu cellulo-graisseux sous-cutané légèrement hypertrophié, à travers le derme atrophié. On pourrait leur appliquer le nom de *lipômes molluscoïdes*.

2° M. Chassaignac présente une **tumeur de la base du cerveau.** Elle a été recueillie sur le cadavre d'un homme de cinquante ans atteint depuis longtemps d'une amaurose double. L'examen ophthalmoscopique avait montré sur les deux yeux une atrophie de la papille rétinienne. Le malade, qui n'a jamais, à part cette amaurose, présenté de phénomènes de paralysie, fut pris, dans les salles, d'érysipèle de la face et mourut.

A l'autopsie, on a trouvé au-dessous du lobe droit du cervelet une tumeur du volume d'une noix, placée entre la moelle allongée et le cervelet, mobile, pédiculée, ressemblant à ces tumeurs fibro-plastiques du cerveau qui ont été décrites dans ces derniers temps. Cette tumeur ne comprimait ni les corps genouillers ni les bandelettes optiques; et, chose remarquable, elle n'a donné lieu à aucun phénomène de paralysie appréciable, car le malade, à part l'amaurose, n'a jamais accusé aucun symptôme du côté des organes des sens, du côté de la sensibilité ou de la motilité.

M. BROCA rappelle à ce sujet que Blandin a rapporté des exemples

d'amaurose chez des sujets qui n'avaient que des tubercules du cervelet.

3° M. CHASSAIGNAC présente une seconde pièce. C'est un exemple de **tumeur adénoïde** du sein, remarquable par son volume. L'extirpation de cette tumeur a été faite il y a deux jours. M. Chassaignac rapproche cette tumeur de celles qui ont été si bien décrites par M. Velpeau. L'énucléation a été facile. Pourtant du côté de la glande les tissus qui reliaient cette masse à la mamelle formaient un pédicule assez épais et assez résistant. Ce pédicule a été divisé à l'aide de l'écraseur linéaire. Toute l'opération, la section de la peau comprise, a été faite avec cet instrument.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 24 avril 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Davat, membre correspondant d'Aix, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal, M. MARJOLIN dit que la petite malade présentée dans la dernière séance ne s'est pas présentée à l'hôpital.

— M. Marjolin présente, à cette occasion, un garçon de douze ans qui a eu, il y a quatre mois, une fracture du condyle interne de l'humérus. La consolidation s'est faite, mais le membre reste maintenu dans la rectitude; il s'agit de rétablir les mouvements. Dès que des tentatives auront été essayées, l'observation sera publiée.

M. BOINET pense qu'après un premier examen, fait rapidement, on pourrait hésiter pour le diagnostic entre une fracture ou une luxation; il aurait quelque tendance à admettre qu'il y a eu plutôt une luxation du coude.

M. HUGUIER est de l'avis de M. Marjolin. Il insiste sur ce fait qu'il n'y a aucun déplacement entre les os qui forment l'articulation du coude. Il n'y a aucune saillie en avant, en dehors, en arrière; l'épicondyle, le radius et l'olécrâne ont leurs rapports normaux. La seule déformation que l'on rencontre est du côté de l'épitrochlée; on sent à ce niveau une dépression, et plus bas, en avant du cubitus, une saillie anormale. Il y a eu fracture de la trochlée humérale, qui a

été déplacée, portée en avant du cubitus, et soudée dans cette position vicieuse.

M. Huguier pense qu'il ne faut pas abandonner cet enfant avec cette fâcheuse infirmité; il conseille franchement de soumettre le petit malade à l'influence du chloroforme, et de faire exécuter au coude des mouvements forcés, jusqu'à ce que l'avant-bras soit au moins fléchi à angle droit sur le bras. On ne s'arrêterait que si l'on était convaincu que l'on ne peut rien obtenir de plus satisfaisant.

M. VERNEUIL a eu à traiter deux malades qui se trouvaient dans une position analogue à l'enfant présenté par M. Marjolin. Il en a vu un troisième qu'il a soigné avec notre collègue M. Foucher. M. Verneuil donne quelques détails sur les deux malades qu'il a observés.

L'un d'eux est entré à l'hôpital Saint-Louis : c'était une jeune fille de vingt ans, atteinte d'une ankylose rectiligne, à la suite d'une fracture assez curieuse. Le diagnostic s'était arrêté à l'idée d'une fracture de l'apophyse coronoïde : on sentait, au-dessous et en avant de l'articulation du coude, une saillie qui rappelait l'apophyse coronoïde.

Cette malade fut chloroformée, et M. Verneuil arriva d'emblée à une flexion complète. Le membre fut laissé fléchi à angle droit et fixé dans un appareil. Au huitième jour, cet appareil fut levé, et M. Verneuil se proposait de faire une nouvelle tentative; malheureusement la malade, qui n'habitait pas Paris, fut renvoyée de Paris par l'administration. Son bras était coudé à angle droit, elle pouvait s'en servir pour manger. Un appareil plâtré fut appliqué avant que la malade quittât l'hôpital.

Le deuxième malade traité par M. Verneuil est un employé de chemin de fer. Il était sur le marchepied d'un train, occupé à poinçonner les billets des voyageurs, quand son coude fut violemment heurté contre un pont. Ce choc détermina une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Quand M. Verneuil vit le malade pour la première fois, il y avait déjà six mois que l'accident avait eu lieu, et le bras était dans une position à peu près rectiligne; mais il existait encore dans l'articulation un peu de mobilité. Le malade fut soumis à l'influence du chloroforme; et dès la première tentative, sans avoir recours à l'emploi d'aucune machine, M. Verneuil sentit un craquement très-fort et amena le bras à la flexion de l'angle droit. On prescrivit des frictions et l'usage de cataplasmes.

Quinze jours après, notre collègue fit une seconde tentative, et le bras put être fléchi à un degré extrême. Aujourd'hui (il y a un mois que la seconde séance a été faite), le malade se sert d'un appareil

pour fléchir son coude et lui faire exécuter des mouvements ; il fait usage de sa main droite, peut manger, boire, et même écrire.

Dans chacune de ces tentatives, la douleur a duré à peine vingt-quatre heures, puis elle a disparu complétement.

Pour en revenir au jeune enfant présenté par M. Marjolin, M. Verneuil pense aussi qu'il y a eu fracture et non luxation. Il partage l'avis de M. Huguier, et conseille d'avoir recours à des manœuvres qui auront pour but et pour résultat de fléchir le coude et de rendre à ce malade l'usage de son membre. Il insiste, dans ces circonstances, sur l'usage du chloroforme.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu une *Notice historique sur la vie et les travaux de Gensoul*, par M. le docteur Potton (de Lyon). Lyon, 1861, grand in-8°.

— M. Larrey offre à la Société, au nom de l'auteur, M. le docteur Brault, médecin-major de 1re classe, une brochure qui a pour titre : *Observations de chirurgie* (Paris, 1861, in-8°), et une autre intitulée *Luxation complète du deuxième métatarsien.*

— M. Amédée Coulon, docteur en chirurgie, ancien interne des hôpitaux de Paris, envoie pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée *Des fractures du coude chez les enfants.* Paris, 1861, in-4°.

— M. Depaul dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Duboué (de Pau), candidat au titre de membre correspondant, un mémoire intitulé *Sur un cas d'ophthalmie chronique*, etc. (Commissaires : MM. Richet, Depaul, Richard et Verneuil.)

— M. Adrian, pharmacien à Paris, adresse un travail intitulé *Note sur la solution officinale du perchlorure de fer neutre et inaltérable* (avec un échantillon de cette préparation). Ce travail sera déposé aux archives.

COMMUNICATION.

M. LARREY. J'ai communiqué à la Société (1), il y a quelques mois, la lettre d'un chirurgien américain, M. H. Squire (d'Elmira, près de New-York), sur une question de responsabilité médicale, relative à *l'extraction d'un cartilage mobile de l'articulation du genou.* L'opération, pratiquée depuis deux ans, avait eu pour résultat l'ankylose, et

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 10 octobre 1860.

le malade intentait contre le chirurgien une action en dommages-intérêts, en se fondant sur les dangers de cette opération par elle-même, et, dans le cas particulier, sur une erreur présumée de diagnostic.

M. Squire demandait à ses confrères étrangers, comme à ceux de son pays, des faits propres à démontrer qu'il avait agi conformément aux préceptes de l'art; mais il ne nous donnait point les renseignements les plus utiles à cet effet.

Dans ma réponse à cette lettre, j'énonçais successivement les difficultés pratiques des cas du même genre, dans l'appréciation des corps étrangers articulaires, vrais ou supposés, cartilagineux ou autres, mobiles ou adhérents ; les opérations faites par les chirurgiens les plus habiles et suivies quelquefois des accidents les plus redoutables ; les conditions prédisposantes à l'ankylose; les chances favorables à la guérison et quelques-uns des succès connus de nous. J'indiquais à notre confrère, entre autres travaux appartenant de près à la Société de chirurgie, la thèse de concours de M. Morel-Lavallée, le procédé opératoire de M. Goyrand, et un moyen que j'ai proposé moi-même, mais de minime importance, pour fixer le corps étranger. Je rappelais ensuite deux opérations pratiquées par mon père et une autre par moi, avec un heureux résultat, malgré des complications graves (1), et j'y joignais l'aperçu de ces corps étrangers dont les caractères sont généralement semblables.

J'exprimais enfin à M. Squire le regret de n'avoir pas reçu de sa part des indications plus explicites sur le cas litigieux dont j'avais donné connaissance à la Société, sans comprendre comment un chirurgien, autorisé par son titre et sa position, par son savoir et son talent, à pratiquer une opération jugée nécessaire, pouvait être justiciable, devant les tribunaux, des accidents consécutifs indépendants de sa volonté.

Notre confrère m'a adressé dernièrement une nouvelle lettre digne de l'intérêt de la Société, mais dont je ne lui donnerai que l'analyse, parce que la traduction en serait trop longue.

Il m'annonce tout d'abord, avec des remercîments, qu'il a gagné sa cause. Onze jurés sur douze ont prononcé l'acquittement, à la suite d'une procédure qui a duré plusieurs mois et entraîné pour lui beaucoup d'embarras, de dépense et d'inquiétude. Mais enfin le verdict du jury a démontré que M. Squire avait pratiqué l'opération en litige avec discernement et habileté, à moins que, contre toute prévision, ses adversaires n'en appellent de ce jugement.

---

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 18 août 1840.

Le chirurgien américain relate alors avec assez de détails l'observation qui, à part la question médico-légale, ne diffère pas de bien des faits du même genre. Il s'agit, en peu de mots, d'un homme de quarante ans, atteint dans le genou gauche de douleur, de claudication et de faiblesse, à la suite d'un violent exercice pour patiner sur la glace, pendant l'hiver de 1853. L'affection articulaire, durant quatre années environ, parut être seulement rhumatismale ; mais au bout de ce temps le malade sentit manifestement un corps étranger mobile, vers un point superficiel du côté interne de la jointure.

Il consulta divers chirurgiens, qui reconnurent et lui annoncèrent la véritable nature de cette affection ; mais il attendit jusqu'au 9 septembre 1858, pour réclamer les premiers soins de M. Squire. Un état d'inflammation fut d'abord combattu, et pendant une vingtaine de jours environ, la présence du corps étranger fut constatée, à plusieurs reprises, sur la face interne de l'articulation, en bas des ligaments latéraux internes, mais jamais dans un autre point. Ce corps étranger était petit, libre et flottant. Le malade, impatient que l'extraction en fût faite, consentit à l'opération pour le 6 octobre suivant, après y avoir été bien préparé.

M. Squire y procéda par une incision valvulaire, dans le point déjà désigné, puis, par la pression digitale de ses aides, il fit sortir le corps étranger du genou. La réunion immédiate de la plaie par un emplâtre adhésif et la position du membre dans le repos le plus absolu, n'empêchèrent pas un frisson suivi de chaleur et de gonflement articulaires de se déclarer, vingt-deux heures après l'opération. Une saignée générale, des applications réfrigérantes et quelques autres antiphlogistiques calmèrent ces symptômes d'inflammation ; mais la réunion par première intention devint impossible, la suppuration profonde envahit la synoviale, et, en décollant les cartilages, dénuda les condyles du fémur. L'opéré, après un séjour de six mois à la chambre, dut marcher pendant très-longtemps avec des béquilles. L'articulation s'est ankylosée dans un très-faible degré de flexion de la jambe, donnant au membre une apparence disgracieuse, mais ne lui ôtant rien, dit M. Squire, de son aptitude pour la marche ni de sa force dans le genou.

En décrivant ensuite le corps étranger semi-osseux, semi-cartilagineux, il demande des documents ou des observations authentiques, tendant à démontrer, d'après les résultats, le danger des opérations pratiquées sur l'articulation fémoro-tibiale, pour en extraire des corps étrangers.

Il a réuni dans un tableau statistique 104 cas empruntés à divers chirurgiens, depuis le premier exemple fourni par Ambroise Paré, en

exprimant le désir de connaître les faits qui, en dehors de ceux-là, pourraient lui être communiqués. Les noms des observateurs ou des opérateurs successivement désignés sont, par ordre alphabétique : Abernethy, Adams, Aumont, Bartlett, Bell (Benjamin et Charles), Berry, Birkett, Blacke, Bonnet, Brodie, Bromfield, Clarck, Coley, Cooper (Bramsby), Cruiskchank, Decaisne, Desault, Fergusson, Ford, Gibson, Goyrand, Hewill, Hilton, Hoffmann, Hunter, Hutchinson, Kirley, Larrey (Dominique et Hippolyte), Liston, March, Maskoe, Morgagni, Muller, Paré, Pechlin, Reimann, Richerand, Sabatier, Sédillot, Simson, Simpson, Smith, Soender, Squire, Syme, Theden, Velpeau et Watley, sans compter bien des omissions involontaires de la part de l'auteur de ce tableau.

Il en fait du reste la récapitulation, en attribuant à l'incision découverte 63 succès, 11 morts, 9 cas d'ankylose, 3 disparitions du corps étranger pendant l'opération et 3 résultats inconnus, tandis que l'incision sous-cutanée lui a fourni 8 succès, 6 cas dans lesquels l'opérateur n'est point parvenu à effectuer l'extraction, et 1 suivi de mort. Total : 104 faits.

M. Squire termine sa longue lettre par une série de conclusions qui peuvent se traduire ou se résumer ainsi :

Les cartilages mobiles de l'articulation du genou produisent des effets variables de gêne et de douleur, selon leur siége et leur volume.

Le bandage compressif du genou, en limitant les mouvements de l'articulation, ne convient que pour s'opposer aux conséquences nuisibles de la mobilité du corps étranger.

Il est impossible d'en assurer l'adhésion à la membrane synoviale, non plus que l'absorption et l'élimination par cette voie.

Lorsque l'instrument tranchant a opéré l'extraction de l'un de ces corps étrangers, et que la plaie se cicatrise par première intention, la guérison est parfaite.

L'incision à découvert, décrite par la plupart des auteurs et pratiquée par les chirurgiens les plus circonspects, peut être suivie d'inflammation et d'ankylose, ou même entraîner la mort, mais c'est là l'exception et non la règle.

Les chances de danger pour cette opération faite dans des circonstances semblables, mais extrinsèques, varient selon les différents cas, d'après l'organisation et le tempérament de chaque individu.

Plusieurs éléments distincts concourent au danger des plaies de cette articulation (l'auteur les énumère, sans que nous ayons besoin de les reproduire ou de les discuter).

La méthode sous-cutanée n'obvie qu'à l'un de ces éléments de danger, c'est-à-dire à l'influence de l'air atmosphérique.

Cette méthode est très-difficile, sinon impossible, à mettre en pratique, pour les chirurgiens même les plus expérimentés, dans tout autre point qu'à la partie antérieure et supérieure de l'articulation.

Si le corps étranger doit être extrait par l'incision à découvert, le point de l'articulation où il sera le plus convenablement garanti, sera toujours pour l'opérateur le lieu d'élection.

M. Squire sollicite, en dernière analyse, la communication des faits que les chirurgiens voudront bien lui faire connaître sur l'extraction des corps étrangers de l'articulation du genou.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. **MARJOLIN** met sous les yeux de la Société une petite fille qui présente à la partie interne de la *clavicule* droite une **exostose pédiculée** saillante, et qu'il se propose d'opérer. Il communiquera l'observation dès qu'elle sera complète.

M. **LARREY** a observé deux ou trois cas d'exostose épiphysaire du fémur et du péroné. Il a fait des recherches à propos de ces faits, et il n'a rien trouvé qui pût être rapproché de celui présenté par M. Marjolin.

M. **HOUEL** connaît plusieurs cas d'exostose épiphysaire d'un ou deux centimètres, qui avaient leur siége sur la première côte. Il insiste sur la mobilité que l'on rencontre dans le cas présenté à la Société.

M. **GIRALDÈS** trouve que le mot exostose est très-mauvais. Outre cette mobilité, sur laquelle vient d'insister M. Houel, et que l'on trouve à l'union de cette production et de la clavicule, M. Giraldès appelle l'attention sur un mouvement qui se passerait à l'extrémité même de cette exostose.

Pour M. **CHASSAIGNAC**, il préfère le mot ostéophyte à celui d'exostose. Cette ostéophyte présente les caractères réunis de deux types d'ostéophytes (ostéophyte articulée, ostéophyte sessile). L'opération ne lui paraît pas très-grave, et il conseille d'agir.

Il rappelle à ce sujet une observation que l'on trouve dans la collection de Haller. Elle est relatée dans un travail de M. Chassaignac sur la résection de la clavicule.

C'était un mendiant qui portait une tumeur de la clavicule, paraissant assez mobile, mais que le couteau ne put pas entamer, et que l'on dut attaquer avec la scie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. MARJOLIN présente une altération occupant l'extrémité supérieure du tibia et le coude. C'est un bel exemple *d'ostéomyélite*.

L'extrémité supérieure du tibia est ramollie; le cartilage est détaché de l'os. Pour le cubitus, on voit une petite cavité occupant son extrémité supérieure; il y a en ce point élimination d'une portion osseuse. La marche de cette affection a été très-rapide.

— Enfin, M. FONTAN, interne provisoire à l'hospice de Bicêtre, présente des **fractures multiples** du crâne, du maxillaire inférieur, des membres supérieurs et inférieurs, etc., et remet la note suivante :

Les pièces pathologiques que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société de chirurgie proviennent d'un vieillard âgé de soixante-quatorze ans, le nommé François L..., qui s'est suicidé, le 12 avril, à l'hospice de Bicêtre, en se précipitant du troisième étage de l'infirmerie. La mort a été instantanée.

Pendant cinq mois, un asthme compliqué de catarrhe chronique a retenu cet homme à la salle Sainte-Marthe, n° 21, dans le service de M. le docteur Léger. Depuis quelques jours, l'oppression était devenue plus vive, et c'est probablement ce surcroît de souffrances qui a porté le malade à se donner la mort.

Ces pièces sont un exemple très-remarquable de la grande fragilité que le système osseux peut acquérir par les progrès de l'âge. Ainsi, l'on observe que, chez cet homme, presque toutes les parties du squelette ont plus ou moins souffert, et sont le siége de fractures multiples. On trouve aussi des lésions importantes dans quelques-uns des viscères et des gros vaisseaux.

Tête. — La plupart des pièces qui la constituent sont brisées, et il serait trop long de décrire les fractures de chacun des os en particulier. D'une manière générale, on remarque un premier système de fractures, qui, commençant au niveau de la cavité orbitaire gauche, remonte sur le frontal, suivant une ligne oblique de gauche à droite, d'avant en arrière, pour venir se continuer sur le pariétal droit. A la base du crâne, cette même fracture se prolonge également, suivant une ligne oblique de gauche à droite, et d'avant en arrière, en affectant tour à tour la voûte de l'orbite, le milieu de la selle turcique, et le rocher qu'elle divise parallèlement à son axe et dans toute son étendue. De la selle turcique part un autre ordre de fractures, oblique d'arrière en avant, de dedans en dehors, occupant la ligne d'articulation du maxillaire supérieur avec les os du crâne, et qui en sépare les deux tiers de la face.

Ces lésions du rocher, de la lame criblée et de la selle turcique avaient déterminé un écoulement sanguin par l'oreille droite, le nez et la bouche.

Le maxillaire inférieur est brisé à gauche, au niveau de l'union de la branche avec le corps de l'os. De chaque côté, le col du condyle de la mâchoire est fracturé, ainsi que les arcades zygomatiques. Cette fracture combinée du col du condyle et de la base de l'apophyse zygomatique a déterminé à gauche l'enfoncement de la cavité moyenne de l'oreille.

Tronc. — Fractures multiples des côtes et des cartilages costaux, de l'extrémité interne des deux clavicules. L'apophyse coracoïde gauche est brisée à son sommet.

Fracture comminutive de l'os coxal du côté gauche, intéressant ses portions iliaque, ischiatique et pubienne.

Membres. — L'humérus gauche, à son extrémité supérieure, est brisé en plusieurs points :

1° Au-dessus de l'insertion du deltoïde ;

2° De là, part une seconde division qui sépare du reste de l'os la tubérosité interne, ainsi que les deux tiers internes de la tête humérale ;

3° Le col anatomique est divisé dans une certaine partie de son étendue.

Fracture comminutive de l'extrémité inférieure des deux radius. L'apophyse styloïde du cubitus gauche est séparée du reste de l'os.

Le fémur droit présente des lésions très remarquables : on observe d'abord qu'il est brisé au niveau de son extrémité inférieure ; puis de cette fracture part une autre division qui descend verticalement dans l'articulation du genou, en séparant du reste de l'os les deux tiers internes du condyle interne ; enfin ce même condyle est brisé en plusieurs fragments, dont un, moyen, semble enclavé, à la manière d'un coin, entre deux autres qui le débordent de chaque côté.

Fémur gauche : le grand trochanter est complétement séparé du col du fémur.

Le péroné droit est brisé à son extrémité supérieure.

Viscères et gros vaisseaux. — Rien d'appréciable du côté du cerveau et des enveloppes de l'encéphale.

Péricarde : sa cavité était remplie par un épanchement sanguin avec des caillots.

Il y a eu rupture de la veine-cave inférieure, au niveau de son entrée dans le péricarde.

On observe une lésion semblable à la crosse de l'aorte ; ce vaisseau est rompu dans les deux tiers antérieurs de son calibre, au niveau de

sa portion ascendante. La tunique celluleuse a résisté dans une certaine étendue.

Enfin, il y avait des ruptures du foie et de la rate.

Les lésions de ces viscères, celles de l'aorte et de la veine-cave inférieure, ainsi que l'épanchement péricardique qui en a été le résultat, expliquent parfaitement l'instantanéité de la mort, dont on n'aurait pu trouver suffisamment la raison, malgré le nombre et la gravité des fractures, et qu'en l'absence d'un désordre matériel appréciable du côté des centres nerveux, on aurait peut-être été tenté de rapporter à une commotion cérébrale.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr BAUCHET.

Séance du 1er mai 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. Denucé, professeur à l'Ecole de Bordeaux, et Prestat (de Pontoise), membres correspondants, assistent à la séance.

CORRESPONDANCE.

M. Depaul dépose sur le bureau un exemplaire de son travail intitulé *De l'opération césarienne post mortem*. Paris, 1861, in-8°.

— M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Michel Cantoni, médecin de l'armée italienne à Borgho-Vercelli, une notice avec planches *sur une voiture d'ambulance suspendue*, *perfectionnement des ambulances volantes*, par application du système de suspension de la boussole nautique. Verceil, 1861, in-4°.

— M. le docteur Ladreit de Lacharrière, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée *Des paralysies syphilitiques*. Paris, 1861, in-4°.

— M. Marjolin annonce que M. Marx fait hommage à la Société de 32 volumes in-folio, manuscrits, contenant les cliniques de Dupuytren. Ces précieux documents sont déposés dans la bibliothèque.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. le docteur TURCK, médecin en chef de l'hôpital général de Vienne, présente à la Société un malade atteint d'ulcérations laryngiennes probablement d'origine syphilitique. Ces ulcérations, en partie en voie de cicatrisation, ont détruit une portion très-considérable de l'épiglotte; elles occupent aussi les cordes vocales inférieures. Les appareils laryngoscopiques de M. Türck permettent à plusieurs membres de la Société de constater ces lésions.

Ces appareils consistent :

1° Dans un laryngoscope déjà décrit en juin 1858;

2° Dans un miroir concave à court foyer, fixé sur un pied et pouvant se mouvoir, suivant différentes directions, à l'aide d'articulations à boulet;

3° Dans un pince-langue à l'aide duquel le malade lui-même fixe et abaisse la langue.

M. Türck a montré sur un sujet sain la cavité du larynx et les différents mouvements physiologiques des cordes vocales.

Enfin, ce médecin a fait voir l'appareil grossissant qu'il adapte au miroir d'éclairage de son laryngoscope, afin d'étudier les plus minutieux détails des lésions laryngiennes.

— M. FOUCHER présente un malade, âgé de vingt ans, atteint d'une **double ankylose des coudes**, couché salle Saint-Honoré, n° 25, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Voillemier.

M. Foucher conseille d'avoir recours à des mouvements forcés, le malade étant préalablement soumis à l'influence du chloroforme. Il n'espère pas rétablir les mouvements, mais bien placer les membres dans une bonne position.

Voici, du reste, l'observation succincte de ce malade :

Il y a cinq mois, J... fut pris d'un rhumatisme articulaire avec fièvre. D'abord les deux genoux furent pris; peu de jours après la douleur et le gonflement quittèrent les genoux, et se fixèrent sur les deux coudes.

La fièvre diminua rapidement; mais pendant deux mois les coudes, envahis par le rhumatisme, furent dans l'immobilité la plus absolue.

Ne souffrant plus, J... voulut se remettre au travail, mais il ne put faire reparaître les mouvements des avant-bras. Ce ne fut qu'après deux mois de tentatives qu'il se décida à venir à l'hôpital.

Les deux avant-bras présentent exactement la même position fixe. Dans tous les deux les mouvements de pronation sont conservés dans les mêmes limites.

L'angle que font les avant-bras avec le bras est tellement obtus, qu'ils occupent une position plus voisine de l'extension que de la flexion à angle droit. Cette position est fixe; il est impossible de fléchir ou d'étendre les membres. Cette position des avant-bras fait que le malade ne peut porter les mains à la tête. Pour manger, il est obligé de mettre ses aliments à l'extrémité d'un couteau, et de les porter ainsi à sa bouche. En fléchissant fortement ses mains, c'est à peine si l'extrémité de ses doigts vient à 10 ou 15 centimètres de sa face.

Les deux avant-bras sont dans une demi-pronation, mais on peut facilement les mettre dans la pronation forcée (ce dernier petit mouvement est facilement exécuté par le malade), tandis que la supination est à peu près impossible.

M. CHASSAIGNAC. Nous n'avons malheureusement pas assez de faits bien observés et suivis assez longtemps, pour savoir ce qui arrive définitivement dans des cas semblables à celui qui nous est présenté. Pourtant, d'après ce que j'ai vu et les résultats que j'ai obtenus dans plusieurs circonstances, je pense qu'il faut ici avoir recours à des mouvements forcés, pour tâcher, si c'est possible, de rendre aux articulations leur mobilité, ou tout au moins pour mettre les avant-bras dans une position qui leur permette d'être utiles aux malades.

Voilà, en effet, un pauvre garçon, jeune, bien constitué, et qui est atteint d'une des infirmités les plus malheureuses que l'on puisse rencontrer. Mais en raison des petits mouvements que l'on peut faire exécuter aux membres, on peut se convaincre que l'ankylose n'est pas complète, et l'on peut espérer d'arriver à un résultat utile au malade.

Parmi les faits que j'ai observés, je rappellerai le suivant : un malade avait un des deux bras dans une position presque rectiligne. Ce cas était dans de mauvaises conditions, et Lawrence avait pensé qu'il y avait soudure osseuse. Je pus m'assurer qu'il y avait encore des mouvements dans l'articulation radio-cubito-humérale. Le malade fut soumis au chloroforme, et dès la première séance je parvins à amener une flexion assez prononcée.

Je mis un appareil inamovible, et huit ou dix jours après je fis une nouvelle tentative. Je recommençai ainsi trois ou quatre fois. Le bras fut mis dans une bonne position, et non-seulement l'avant-bras était fléchi, mais il y avait des mouvements dans l'articulation.

Je fis construire un appareil, et le malade put lui-même faire exécuter des mouvements à son articulation. Je perdis alors le malade

de vue ; mais lors de mon dernier examen, il pouvait faire usage de son membre au point de porter la main à la bouche.

En général, la première séance est suivie de quelques accidents, de gonflement, qui se dissipent au bout d'une dizaine de jours ; puis les accidents deviennent de moins en moins sérieux, et les séances, qui d'abord doivent être faites à des intervalles éloignés, peuvent être ensuite très-rapprochées et avoir lieu tous les quatre, trois, et même deux jours.

Je n'hésiterais pas, pour le cas qui nous est présenté, à agir et à tâcher de rendre à ces coudes les mouvements, comme j'ai fait chez le malade dont je viens de rapporter l'observation en quelques mots.

M. **DESORMEAUX** rappelle qu'il a présenté une de ses malades de l'hôpital Cochin, et qui était atteinte, comme le malade de M. Foucher, d'une ankylose des deux coudes. Cette malade était plus âgée que ce garçon, mais elle avait eu aussi une double arthrite qui avait laissé à sa suite des adhérences et une fausse ankylose. Cette arthrite était venue à la suite de couches.

MM. Bouvier et Gosselin virent la malade, et pensèrent que l'on pourrait, à l'aide de mouvements forcés, rendre aux articulations quelques mouvements, ou tout au moins une position moins fâcheuse. Les tentatives qui ont été faites n'ont jusqu'à présent amené aucun résultat.

M. **LARREY**. L'ankylose des coudes chez le malade de M. Foucher ne me paraît pas non plus incurable, et je partage l'avis de M. Chassaignac, à l'égard des tentatives praticables à l'aide du chloroforme, pour restituer à l'une des articulations au moins une partie de ses mouvements.

J'ai eu occasion de réussir ainsi, au Val-de-Grâce, dans plusieurs cas d'ankylose traumatique du coude, notamment à la suite de coups de feu, chez des blessés, entre autres, de la campagne de Crimée.

Une circonstance d'ailleurs explique la fréquence des ankyloses dans l'armée, chez des hommes soumis ou même volontairement accoutumés à l'immobilité du membre, et parfois conduits à exagérer son état de rétraction ou de rigidité; c'est qu'ils ont droit à une pension de retraite proportionnée aux suites de leur blessure et au degré de l'ankylose.

Il importe seulement de recourir à l'anesthésie avec les précautions voulues, d'en seconder l'influence à l'aide des appareils à extension ou à flexion graduée, et d'agir assez lentement pour employer, au besoin, plus d'une séance. On doit enfin exercer assez longtemps ensuite les mouvements articulaires, facilités d'ailleurs par des moyens

accessoires, tels que le massage, les frictions, les douches, etc., sinon la mobilité obtenue d'abord n'aurait pas un résultat durable.

M. VOILLEMIER. Dans des circonstances semblables, rompre une ankylose, mettre l'articulation dans une bonne position, n'est pas chose difficile, mais le résultat définitif est plus que douteux. Il faut, en effet, distinguer deux conditions toutes différentes : ainsi, il peut rester chez des blessés, qui ont eu des lésions osseuses, des fractures dans le voisinage d'une articulation, des roideurs articulaires; dans ces cas, la jointure n'est pas malade elle-même primitivement. Au contraire, à la suite d'une inflammation de l'articulation, il s'est fait un travail tel que la synoviale est altérée, adhérente, et ici l'ankylose est dans des conditions déplorables.

Dans le premier cas, il y a dans les mouvements forcés des chances de succès ; dans le second, je n'espère rien. J'ai fait bien des tentatives pour rompre des pseudo-ankyloses résultant d'une arthrite, et j'ai toujours vu, en définitive, les membres revenir à leur position vicieuse. Ces tentatives elles-mêmes sont parfois dangereuses. Ainsi je voulais un jour redresser un genou ; je me suis aperçu que le fémur se brisait : il était devenu friable, et il cédait plutôt que les adhérences articulaires. Il n'est survenu aucun accident.

Pour le cas actuel, le malade est dans mon service. Je ferai tout ce qu'il faut pour tâcher de ramener le membre dans une bonne position ; mais, je puis le dire à l'avance, instruit par l'expérience, j'ai grand'peur d'échouer.

Sur une femme atteinte de pseudo-ankylose à la suite de couches, et qui pourrait être rapprochée de la malade de M. Désormeaux, je n'ai rien obtenu, malgré des tentatives plusieurs fois renouvelées.

M. CHASSAIGNAC. Il ne faut pas s'exagérer les dangers des altérations de la synoviale. Ainsi, dans l'arthrite sèche, la synoviale est profondément altérée, et pourtant les divers segments d'un membre exécutent les uns sur les autres des mouvements étendus. Pour moi, tant qu'il n'y a pas synostose, soudure complète des os qui composent une articulation, je crois qu'il faut agir. Mais il faut de la persistance, et ce qu'on n'obtient pas une première fois on peut le gagner après deux ou trois séances. Pour le cas présenté par M. Foucher, je n'hésite pas à répéter qu'il faut tâcher de remettre ces membres dans une bonne position. En supposant qu'on ne rende pas à ces articulations leurs mouvements presque normaux, on pourra au moins, je l'espère, faire que les avant-bras soient à angle droit sur les bras. Dans des tentatives que j'ai faites pour redresser un genou, j'ai aussi une fois brisé le fémur ; j'ai mis le membre dans un appareil plâtré, et il n'est résulté aucun accident. J'avais déjà fait cinq ou six fois

de semblables tentatives, et le fémur avait résisté. Dans ces circonstances, on produit bien plus souvent des subluxations, en raison du raccourcissement des ligaments postérieurs et de la configuration des surfaces articulaires.

M. VOILLEMIER n'a pas dit qu'il fût impossible d'arriver dans ce cas à un résultat ; mais il craint que la lésion actuelle se reproduise après un certain temps. Il ne faut pas établir de comparaison entre l'arthrite sèche, altération éminemment chronique, et les arthrites aiguës, soit rhumatismales, soit suites de couches. Du reste, il va essayer de remettre les deux membres dans une bonne position, et le malade sera ultérieurement représenté à la Société.

M. GIRALDÈS dit qu'il est quelquefois bien difficile d'équilibrer la puissance qu'il faut employer pour rompre ces adhérences, et la résistance qu'elles opposent. Ainsi, dans un cas qu'il a récemment observé, il s'agissait d'une ankylose de l'épaule, et l'on aurait brisé l'humérus avant de faire céder l'articulation.

M. BÉRAUD. J'ai eu l'occasion de pratiquer, il y a trois ans, une opération pour un cas semblable à celui que nous présente M. Foucher, et, il faut le dire, le résultat ne fut point satisfaisant. C'était une jeune femme de vingt-deux ans, un peu lymphatique. Elle était accouchée depuis deux ans et demi, et à la suite de ses couches elle avait eu un rhumatisme, circonstance qui nous permet de rapprocher ce cas de ceux cités par MM. Désormeaux et Voillemier. Par l'effet de ce rhumatisme, l'articulation du coude droit était ankylosée. L'avant-bras était fixé au bras suivant un angle d'environ 100 degrés. Aucun mouvement n'était possible. Comme la malade ne pouvait plus se livrer à l'exercice de sa profession de couturière, elle voulut se soumettre à une opération. Je lui proposai le redressement et la rupture de l'ankylose, et elle accepta. Je commençai par la chloroformer, et pendant le sommeil anesthésique je parvins facilement à rompre les adhérences des surfaces articulaires. Je pus, immédiatement après, faire exécuter les mouvements d'extension et de flexion dans presque toute leur étendue. Il survint un peu de gonflement et de rougeur à la peau au niveau de l'articulation ; mais ces phénomènes disparurent bientôt. Pendant huit à dix jours je soumis cette articulation à des mouvements artificiels ; je recommandai aussi à la malade de la mouvoir dans l'intervalle de mes visites. Malgré ces soins, les mouvements communiqués devenaient chaque jour plus restreints. Quand je cessai de visiter cette malade, les mouvements étaient encore assez étendus, et je renouvelai ma recommandation de faire exécuter des mouvements en soulevant des poids ou

en se faisant mouvoir l'avant-bras par une autre personne. Six mois après, ayant rencontré cette malade dans la rue, j'appris d'elle-même que son coude avait repris son ancienne fixité dans la même direction, et que, du reste, elle avait bientôt abandonné le traitement que je lui avais indiqué.

Il résulte donc de cette observation que le retour des mouvements n'a pas eu lieu, et je crains bien que chez le malade de M. Foucher on n'obtienne pas un meilleur résultat.

M. FOUCHER. Si le fait de M. Béraud vient nous démontrer que notre collègue, malgré la persistance qu'il a mise, n'a rien obtenu, il tend à nous prouver aussi qu'il n'y a eu aucun accident fâcheux à la suite de ces tentatives. Par conséquent ce fait ne peut en aucune manière infirmer l'opinion qu'il faut tâcher de rompre, chez notre malade, cette pseudo-ankylose. J'ai vu avec M. Verneuil une femme qui avait le bras dans une position rectiligne; nous avons pu amener l'avant-bras dans une position telle qu'il forme un angle droit avec le bras.

M. LARREY. Eu égard à la curabilité, il faut établir une différence non-seulement entre l'ankylôse complète et l'ankylose incomplète, mais aussi entre l'ankylose traumatique et l'ankylose dite spontanée ou rhumatismale, selon que celle-ci résulte d'une arthrite simple ou d'une arthrite sèche, ou bien selon qu'elle s'est produite tantôt rapidement, tantôt d'une manière lente et progressive, sous diverses influences. Je suis porté à croire, d'après cette distinction, que l'ankylose traumatique offre plus de chances de curabilité.

Il me paraît nécessaire aussi de ne pas considérer de même toutes les grandes articulations, au point de vue du traitement de l'ankylose. En effet, l'épaule, par exemple, ne se prête pas, comme le coude ou le genou, à l'application des appareils de mouvement, et le point d'appui que l'on peut prendre sur le bras, ou même une pression trop forte, expose l'humérus à se fracturer facilement, tandis que l'action mécanique bien circonscrite au coude ou au genou, et bien dirigée dans l'état anesthésique, permet d'obtenir, sans accidents, la guérison de l'ankylose.

J'ai remarqué enfin que dans l'ankylose du coude, l'avant-bras est naturellement entraîné par l'action des muscles, dans une pronation plus ou moins prononcée, d'où il résulte que la main devient souvent inutile, en se présentant par sa face dorsale et non par sa face palmaire. La conséquence à déduire de ce fait, c'est qu'il importe, si on ne peut éviter l'ankylose du coude dans la flexion, de favoriser au moins la direction de l'avant-bras, de façon à le maintenir dans la

supination plutôt que dans la pronation, pour mieux utiliser les usages de la main.

M. LABORIE a observé, à l'Asile impérial de Vincennes, un malade qui avait une ankylose de la cuisse telle que la cuisse était presque soudée à angle droit sur le bassin. Cette altération était le résultat d'un rhumatisme articulaire; et le malade a été vu par MM. Bouvier et Broca. M. Laborie a rompu les adhérences qui retenaient la cuisse dans cette fâcheuse position, et non-seulement le membre a repris sa position rectiligne, mais il y a des mouvements même assez étendus dans la jointure. L'homme qui fait le sujet de cette observation est un commissionnaire : il a repris son état. — Il a du reste été présenté à la Société.

RAPPORT.

M. GUERSANT lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Tholozan, premier médecin du shah de Perse, sur les calculs vésicaux en Perse (quatorze opérations de lithotomie pratiquées avec succès par M. Tholozan).

Messieurs,

Chargé, avec mes honorables collègnes MM. Larrey et Marjolin, de vous rendre compte d'un travail ayant pour titre : *Des calculs vésicaux en Perse, quatorze opérations de lithotomie pratiquées avec succès par M. le docteur Tholozan, premier médecin du schah de Perse,* permettez-moi, d'abord, de vous donner un résumé succinct de ce mémoire.

Notre confrère commence son travail en disant que, dans les diverses opérations qu'on pratique pour extraire la pierre, le meilleur procédé, et celui qui s'applique au plus grand nombre de cas en même temps qu'il est le plus rationnel et le moins apte à entraîner des conséquences fâcheuses, est la taille latéralisée; puis, tout en reconnaissant que c'est une opération grave, il dit qu'il est important de faire connaître les succès et les revers.

Il a pratiqué 14 opérations (dont il a publié les observations dans le nº 11, année 1860, du *Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaire.*) L'analyse de ces observations lui a permis de présenter des considérations intéressantes sur :

L'âge des sujets.
L'invasion de la maladie.
L'aisance des malades.
Le sexe.
La race.

Les causes des calculs.
Le volume et la loi d'accroissement des concrétions.
Le régime avant et après l'opération.
L'opération.
Les hémorrhagies.
La péritonite.
La lésion du rectum.
Les douleurs.
La fièvre.
La cicatrisation.
La guérison.
La récidive.
La friabilité des calculs.

Pour l'âge des sujets, 7 avaient moins de 10 ans, 5 moins de 15 ans, 1 était âgé de 20 ans et un autre de 29 ans.

Pour l'invasion de la maladie, il a constaté que cette invasion avait lieu dans les dix premières années de la vie; il pense qu'en Perse la pierre débute rarement dans un âge avancé.

Aisance : En général la pierre s'est rencontrée chez des individus peu aisés, mal nourris, mal vêtus, mal logés.

Race: Tous les malades étaient Persans, une petite fille seule était Arménienne.

Sexe : Sur 14 cas, il a observé une fois la pierre sur une petite fille.

Causes des calculs : La misère, la mauvaise alimentation, les vêtements insuffisants, qui chez les enfants pauvres couvrent à peine le ventre et les membres inférieurs, telles seraient les causes des calculs.

Calculs multiples, lieu de formation. Les calculs peuvent être plus ou moins nombreux ; ils descendent presque tous des reins et ne se forment pas d'emblée dans la vessie; lorsqu'ils arrivent dans cet organe, ils sont en général expulsés. Dans deux des observations, les malades avaient rendu antérieurement de petits calculs. Les petites concrétions qui ne sont pas ainsi expulsées se revêtent peu à peu et successivement de nouvelles couches calculeuses d'une densité et d'une texture variable; quant aux cas de concrétions formées primitivement dans la vessie, il est difficile d'admettre qu'elles ne soient pas adhérentes dès le début.

Volume des concrétions et loi de leur accroissement. M. Tholozan donne la mesure très-variable du volume des divers calculs qu'il a extraits ; il indique aussi l'époque présumée à laquelle remonte leur formation, et en définitive, il dit que, suivant leur nature, les calculs,

dans le même espace de temps, peuvent s'accroître d'une manière plus ou moins rapide.

Quant à l'analyse des calculs qu'a faite M. Coulier, en général on les a trouvés composés de phosphate ammoniaco-magnésien, de carbonate de chaux, d'acide urique, d'urate de chaux, d'oxalate de chaux.

Régime diététique et thérapeutique avant et après l'opération. Notre confrère, pour toute préparation avant l'opération, se contente de faire évacuer la malade ; il s'est toujours bien trouvé de donner des lavements froids, qui font contracter l'intestin et diminuent ainsi les chances de lésion du rectum pendant l'opération.

Opération. M. Tholozan préfère la taille latéralisée, et l'a pratiquée chez ses quatorze malades ; il a toujours fait une incision plutôt petite qu'étendue, préférant la dilatation aux grandes incisions, qui peuvent dépasser les limites de la prostate. Il fait remarquer que la dilatabilité des tissus est plus notable chez les enfants que chez les adultes.

Hémorrhagies. Elles ont été peu considérables ; l'eau froide en application sur la plaie ou en injection a toujours suffi.

Péritonite. Elle n'a pas été observée chez ces malades ; il y a eu seulement quelquefois un peu de sensibilité à l'hypogastre, que nous pouvons attribuer à l'irritation de la vessie.

Lésion du rectum. Une seule fois elle a eu lieu sur un des quatorze malades ; elle n'a pas eu de suites fâcheuses. On incisa les parties comprises entre la perforation intestinale et l'extérieur ; de cette manière, l'anus étant débridé, les matières se sont écoulées plus facilement, elles ont eu moins de tendance à passer par l'urèthre, et la cicatrisation s'est opérée.

Douleurs. Elles ont été rares ; quand elles étaient intenses, elles furent attribuées aux efforts faits pour extraire les calculs ; elles ont été calmées par des doses assez fortes d'opium (non indiquées).

Fièvre. Le plus ordinairement elle a été peu intense et a duré au plus quatre ou cinq jours ; chez un malade il n'y en a pas eu.

Cicatrisation. En général, de douze à trente jours, une fois le quarantième jour, une fois le quarante-cinquième jour, et enfin le cinquante-cinquième jour ; dans ce dernier, la cicatrice a été la plus tardive, parce que l'enfant était opéré pour la seconde fois.

Guérison. Sur 13 opérés, 12 succès constatés et 1 probable.

Avant que je fusse en Perse, dit M. Tholozan, mon prédécesseur M. Ernest Cloquet avait eu aussi des guérisons sans incontinence d'urine, accidents qui, selon moi, dépendent de la dilatation forcée du col de la vessie et de l'incision inutile d'une grande partie de l'urèthre. En réunissant mes opérations à celles pratiquées avant moi, et dont j'ai eu connaissance, j'arrive à un total de 52 tailles, dans

lesquelles il y a eu un seul décès. Il y a dans ce pays, quels que soient les procédés employés, quelle que soit la perfection ou l'imperfection de l'opération, plus de succès dans les lithotomies que dans tous les autres pays. D'ailleurs, j'ajouterai que dans toutes les opérations, même les plus graves, on a des succès plus qu'autre part; cela doit être attribué à l'atmosphère de ce pays et à un état particulier de l'organisme, résultat du climat et peut-être aussi de la race et du genre de vie.

Récidive. J'ai constaté une seule récidive chez un enfant de dix ans; à cet âge il fut opéré une première fois, et deux ans après j'eus l'occasion de l'opérer une seconde; il avait été à peu près deux ans sans avoir éprouvé aucun symptôme qui aurait pu faire penser qu'on avait laissé la première fois ou un morceau de calcul ou un calcul.

Friabilité de la pierre. Je ne l'ai constatée qu'une fois; dans ce cas, malgré les injections répétées faites dans la vessie après l'opération, une petite concrétion a été expulsée par l'urèthre trente-cinq jours après l'opération.

Tel est le résumé du mémoire de M. Tholozan, qui mérite de fixer l'attention sous plus d'un rapport.

D'abord, parce qu'il se compose d'observations prises dans un climat tout différent du nôtre; — parce qu'il se compose d'opérations pratiquées sur des enfants; — et qu'enfin notre honorable confrère a su tirer de ces observations des considérations pratiques excellentes, et qu'il a su faire ressortir de ces 14 observations tout ce qui regarde la pierre et la taille latéralisée chez les enfants.

En effet, Messieurs, il n'y avait parmi les malades de M. Tholozan que des enfants et deux jeunes gens, ce qui prouve qu'en Perse comme chez nous, la pierre est très-commune chez les jeunes sujets. Nous savons tous combien on trouve en Allemagne, en Angleterre, en Russie, en Espagne, en Egypte, d'enfants calculeux; dans tous les relevés faits sur la pierre, le nombre des enfants est considérable, Pour ma part, en vingt ans de pratique à l'hôpital des Enfants, j'ai pu observer 140 à 150 calculeux, sur lesquels 100 furent taillés et les autres lithotritiés.

Nous remarquons que notre confrère pense d'une manière générale qu'il y a en Perse plus d'enfants calculeux qu'à tout autre âge, mais quatorze faits ne peuvent suffire pour se prononcer sur ce point. Chez nous, s'il y a beaucoup d'enfants atteints de la pierre, il y a au moins autant d'adultes et de viellards.

Je vous ferai remarquer que les observatious de M. Tholozan nous apprennent qu'en Perse comme chez nous les garçons ont plus souvent la pierre que les filles. Sur ses quatorze observations, il n'a eu

occasion d'observer qu'une fille. Pour nous, à l'hôpital des Enfants, sur nos 140 malades, nous avons eu cinq filles.

Dans les sujets opérés par notre confrère, on reconnaît que, comme en France, ce sont des enfants mal nourris et qui vivent de privations, qui sont le plus souvent affectés.

Comme lui j'ai constaté que sur mes 140 calculeux, deux ou trois au plus appartenaient à des parents dans l'aisance. Tous mes malades vivaient pour la plupart de légumes, mangeaient peu de viande, buvaient peu de vin.

En parlant des causes, je regrette qu'il ne soit pas question de l'hérédité dans le travail dont nous parlons ; peut-être en est-il chez les Persans comme chez nous, où l'hérédité n'est qu'une cause très-rare. Les auteurs l'ont signalée, mais pour moi, je crois que c'est une cause très-exceptionnelle; c'est du moins ce que j'ai appris en questionnant les parents de mes petits malades.

Nous ne pouvons que partager l'opinion de M. Tholozan, relativement à la multiplicité des calculs et à la formation des concrétions. C'est aussi ce que nous avons constaté chez les enfants que nous avons opérés ; il y a des calculs qui sont très-souvent expulsés quand ils arrivent des reins dans la vessie; et il y en a d'autres qui s'arrêtent dans des lacunes vésicales et forment ainsi les calculs enchatonnés; c'est dans ces cas qu'il peut exister des calculs dans la vessie, sans causer beaucoup de douleur et sans jet d'urine interrompu, à cause de leur fixité dans les replis de la membrane muqueuse. J'ai vu plusieurs fois de ces calculs adhérents chez des enfants.

La seule préparation que notre confrère fait subir à ses malades avant l'opération, consiste à donner un lavement froid. Nous approuvons parfaitement ce moyen; mais nous pensons qu'indépendamment de cette précaution, il est utile de préparer les enfants par quelques bains, par un purgatif la surveille de l'opération, afin de mieux débarrasser le canal digestif, et d'éviter ainsi les fèces qui peuvent se présenter dans le rectum au moment de l'opération.

Quant au manuel opératoire, nous préférons, contrairement à l'opinion de M. Tholozan, la taille bilatérale à la taille latéralisée, qu'il a pratiquée sur ses quatorze malades.

La taille bilatérale, que nous avons toujours employée sur nos cent taillés, nous présente des avantages sur la taille latéralisée.

La taille bilatérale permet, selon nous, de faire sur de petits périnés d'enfants une incision plus large que dans la taille latéralisée, puisqu'elle peut s'étendre à droite et à gauche du raphé ; elle expose moins à blesser l'artère honteuse interne, parce que l'extrémité de l'incision ne se rapproche pas autant de l'ischion; elle offre moins

de chances de blesser les canaux éjuculateurs ; et l'on peut éviter aussi plus facilement la lésion du rectum.

Comme notre confrère, nous avons eu peu d'hémorrhagies, et l'eau froide a suffi pour les arrêter.

La péritonite, d'après M. Tholozan, n'a pas été observée chez ses malades. Quant à nous, nous avons eu occasion de perdre quelques malades par des péritonites, qui partaient toutes de l'inflammation du tissu cellulaire, du petit bassin, et qui débutaient dans le voisinage de notre incision.

Il est à remarquer qu'on prend quelquefois pour début d'une péritonite une douleur qui se fait sentir à l'hypogastre, et qui est déterminée par un caillot de sang qui se forme souvent dans cet organe peu après l'opération.

Cette circonstance n'a pas été indiquée par M. Tholozan, mais il signale avec raison une douleur produite par les efforts qu'on a pu faire en faisant l'extraction des calculs ; il ajoute qu'il a calmé ces douleurs par de fortes doses d'opium. Nous regrettons qu'il n'ait pas indiqué la dose.

Pour nous, dans ces cas, nous nous trouvons très-bien des bains tièdes, que nous donnons très-souvent à nos petits opérés le jour même de l'opération et les jours suivants.

Notre confrère, sur 14 opérations, a blessé une fois le rectum ; pour nous, nous l'avons blessé trois fois sur 100. Dans l'observation de M. Tholozan, la lésion n'a pas eu de suites, en débridant la plaie comme il l'a dit ; nous avons vu chez un de nos malades la lésion du rectum guérir sans rien faire, mais deux fois elle a résisté à tous les moyens.

De même qu'en Perse, nous avons constaté que la cicatrisation des plaies se faisait en général assez rapidement du quinzième au trentième jour, rarement plus tard ; cependant nous avons eu deux ou trois fois des fistules, ce qui n'a pas été observé par notre confrère.

M. Tholozan a guéri ses 14 malades ; pour nous, nous en avons perdu environ 16 sur nos 100 ; la moitié de nos malades sont morts de maladies étrangères à l'opération : scarlatine, rougeole, pneumonie, croup ; l'autre moitié nous a offert des cas de péritonite ou d'abcès du tissu cellulaire du petit bassin.

L'auteur du travail que nous avons analysé rapporte qu'en rapprochant les opérations qu'il a pratiquées de celles faites avant lui par M. Cloquet, son prédécesseur, et d'autres opérations, il a rassemblé un total de 52 tailles, ne donnant qu'un seul décès ; il est évident qu'il est bien plus heureux que les chirurgiens qui opèrent en Eu-

rope, et, comme il l'a dit, l'atmosphère du pays est une des causes de ses succès et de ceux qui ont opéré avant lui, comme cela se remarque d'ailleurs pour toutes les opérations faites en Perse.

Sur 14 opérés, M. Tholozan a remarqué une récidive; sur mes 100 taillés, je n'ai aussi observé qu'un seul cas de récidive à deux ans de distance. L'enfant a été opéré les deux fois avec succès.

Quant à la friabilité, elle a été remarquée une seule fois, et malgré les injections répétées il est sorti après l'opération un petit fragment par l'urèthre; j'ai rencontré aussi plusieurs fois des pierres friables, et j'ai toujours remarqué qu'il était bien important de faire plusieurs injections après l'opération avant de reconduire le malade au lit; j'ai eu occasion de voir sortir de petits fragments par la plaie deux et trois jours après l'opération, et même plus.

En résumé, le travail de M. Tholozan nous a fourni l'occasion de rapprocher les réflexions qu'il a faites sur 14 opérations de taille de celles que nous ont suggérées nos tailles pratiquées à l'hôpital des Enfants. Elles nous prouvent que chez les Persans, de même que chez nous :

1° La pierre est commune chez les enfants;

2° Qu'elle se rencontre chez les enfants de la classe pauvre principalement;

3° Qu'elle est plus commune chez les garçons que chez les filles;

4° Que la taille réussit très-bien, surtout en Perse, mieux que chez nous, ce qui cependant ne doit pas faire rejeter la lithotritie dans tous les cas, même chez les enfants les plus jeunes;

5° Que les pierres sont quelquefois très-volumineuses;

6° Qu'après la taille, les hémorrhagies sont rares et peu graves;

7° Que la lésion du rectum peut être évitée en ayant soin de débarrasser l'intestin avant l'opération;

8° Que cette lésion du rectum peut guérir par un débridement convenable, et quelquefois par les seuls efforts de la nature;

9° Que les péritonites sont rares, surtout en Perse;

10° Que la fièvre est quelquefois de très-courte durée;

11° Que la cicatrisation est en général complète au bout de douze ou trente jours;

12° Que les guérisons chez les enfants sont communes, surtout en Perse, et bien positivement plus fréquentes que dans nos pays;

13° Que les récidives s'observent, mais ne sont pas très-fréquentes;

14° Qu'enfin l'analyse chimique des calculs n'offre rien de spécial.

Conclusions.—Maintenant, Messieurs, il me reste à vous dire que

le travail de M. Tholozan est très-intéressant ; et à vous rappeler que notre confrère, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à l'Ecole militaire de médecine et de pharmacie du Val-de-Grâce, a fait un grand nombre d'articles sur la chirurgie et la médecine dans la *Gazette médicale*, dans les *Archives*, dans le *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaire.* — Nous croyons donc devoir vous proposer :

1° Que son travail soit déposé dans nos archives,

2° Que M. Tholozan soit inscrit sur la liste des candidats pour les places de membre correspondant que la Société aura prochainement à élire.

Ces conclusions sont adoptées. — La Société décide en outre que le rapport de M. Guersant sera imprimé dans nos Bulletins.

M. GIRALDÈS, à propos du rapport de M. Guersant, rappelle le travail du docteur Pollak. Il remettra une note sur les faits observés en Perse par ce médecin.

M. Giraldès ajoute que la base de ces calculs, chez les enfants, est le plus généralement l'acide urique. Il n'est pas rare de rencontrer dans les reins de ces derniers des dépôts d'urate de soude et même de véritables calculs.

Par rapport aux fistules consécutives aux opérations de lithotomie dont a parlé M. Guersant, M. Giraldès cite en quelques mots un fait qu'il a observé récemment. Il s'agit d'un enfant opéré à l'hospice de Charenton, par M. Deguise, par la taille bilatérale, et qui avait conservé une fistule périnéale. M. Giraldès eut recours à la cautérisation électrique, et le malade guérit. Cette cautérisation est difficile en raison du petit diamètre du trajet fistuleux et de la difficulté de se procurer des cautères assez étroits pour les faire pénétrer dans ces trajets.

M. LARREY, à propos de la fréquence des calculs vésicaux dans certaines contrées, fait observer à M. Guersant l'opportunité de citer l'Egypte, comme offrant le plus d'analogie avec la Perse. L'un des célèbres correspondants de la Société, M. Clot-Bey, a signalé autrefois (1) la fréquence des calculs vésicaux en Egypte, et la pratique des chirurgiens arabes pour en faire l'extraction. Il a rapporté aussi les résultats d'une quarantaine d'opérations de taille faites par lui-même, non sur des enfants, mais chez des jeunes gens, pour lesquels l'existence de la pierre bien constatée est un motif d'exemption du service militaire.

---

(1) *Notes sur la fréquence des calculs vésicaux en Egypte*, etc. Marseille, 1830.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. **DESORMEAUX** présente une pièce d'**abcès métastatiques de la prostate** et des corps caverneux, recueillie sur un malade mort dans son service, à l'hôpital Cochin. Ce malade avait subi l'amputation du gros orteil gauche pour un écrasement de cet orteil. Au bout de quelques jours, il fut atteint de symptômes d'infection purulente qui se développèrent de plus en plus et amenèrent la mort sans qu'il y ait eu aucun accident qu'on pût rapporter aux organes génito-urinaires. A l'autopsie, on trouva dans le poumon gauche un très-petit nombre d'abcès métastatiques de la grosseur d'un petit pois, entourés de l'aréole indurée et rougeâtre caractéristique. Le poumon présentait en outre de la pneumonie hypostatique. Le poumon droit et les autres viscères des grandes cavités étaient sains. La veine iliaque externe du côté gauche contenait un caillot mou, dans lequel on trouva quelques gouttelettes de pus.

On était sur le point de terminer l'autopsie, lorsqu'une incision faite dans le tissu cellulaire du petit bassin y fit découvrir du pus. On continua les recherches de ce côté, et l'on trouva les lésions suivantes : plusieurs veines des parois de l'excavation sont remplies de pus; le tissu cellulaire qui entoure le col de la vessie et la prostate laisse écouler du pus lorsqu'on l'incise ; la prostate elle-même présente son volume et sa forme normale, mais sa surface est parsemée de petites taches grisâtres, rondes, entourées d'aréoles d'un rouge livide; en l'incisant, on la trouve remplie de petits abcès métastatiques parfaitement caractéristiques, gros comme des grains de millet ou de chènevis, et réunis en groupes confluents.

La partie postérieure des corps caverneux, du côté droit surtout, est infiltrée de pus qui remplit les aréoles veineuses. La vessie est entièrement saine, ainsi que l'urèthre. Le tissu spongieux de l'urèthre et le bulbe ne présentent rien d'anormal.

— M. **DENUCÉ**, professeur à l'École de Bordeaux, présente des **plaques épaisses de fausses membranes** qu'il a extraites dans une opération d'**hématocèle scrotale** par décortication.

Le malade portait cette tumeur depuis deux ans et ne s'en préoccupait pas. Un jour, il est réveillé en sursaut, sent un craquement dans sa tumeur et s'aperçoit qu'il existe une vaste ecchymose couvrant tout le scrotum. Effrayé alors, il entre dans le service de M. Denucé (hôpital Saint-André). M. Denucé diagnostiqua une hématocèle avec érosion de la pseudo-membrane et transfusion d'une certaine quantité de sang dans le tissu cellulaire du scrotum. L'opération

fut pratiquée et la décortication opérée facilement (ponction, incision, décortication). Le malade sortit complétement guéri.

— M. DENUCÉ présente une seconde pièce; c'est une **tumeur du sein** constituée par des **kystes multiples**. Cette tumeur, développée chez une femme âgée de quarante-trois ans, datait de plusieurs années. Elle était assez volumineuse, dure, bombée, sans rougeur à la peau. Pourtant il y avait en un point une adhérence, et en cet endroit on remarquait une teinte ecchymotique. Le mamelon était rétracté, mais il n'y avait pas d'adhérences profondes, pas d'engorgement des ganglions axillaires.

La tumeur fut enlevée par M. Denucé, et elle est constituée par une série de kystes cloisonnés contenant une matière noirâtre ressemblant à du sang desséché. Le tissu glandulaire est hypertrophié, et l'on trouve aussi de distance en distance, et comme perdus au milieu du tissu mammaire, de petits kystes du volume d'un grain de blé, remplis aussi de ce même liquide.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 8 *mai* 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A propos du procès-verbal, M. GIRALDÈS communique les résultats obtenus en Perse par le docteur Pollak.

Ces faits sont relatés dans une note lue à la Société de médecine de Vienne.

Depuis le mois de novembre 1852 jusqu'au mois de juin 1860, c'est-à-dire dans un espace de huit années, le docteur Pollak a rapporté 158 cas de lithotomie.

La lithiasie (affection calculeuse) est très-commune en Perse, notamment dans les anciennes provinces, la Médie, l'Hyrcanie, etc. Le docteur Pollak en recherche la cause dans la fréquence de la diète, de l'usage du lait et surtout du lait acide, des fruits acides et verts, et même du vin.

Voici quelques chiffres tirés de l'examen des 158 cas rapportés par le docteur Pollak :

De 1 à 7 ans.	60 cas.
De 8 à 14 ans.	58
Total de 1 à 14 ans. . . .	118
De 15 à 21 ans.	9 cas.
De 21 à 50 ans.	16
Total de 15 à 50 ans. . . .	25

La taille latérale a été pratiquée 121 fois.
— rectale — 2

Il est noté que dans 147 cas on n'a trouvé qu'un seul calcul.

De la lecture attentive de la statistique du docteur Pollak, il ressort (et il ne faut tenir compte que des cas positifs) 144 guérisons, 7 morts, sur 151 cas.

Toutes ces opérations ont été pratiquées à l'aide du chloroforme, à l'air libre, jamais dans l'intérieur d'une maison.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur Van Ammon, membre associé étranger ; qui a déjà fait parvenir à la Société, il y a quelques mois, un exemplaire de son *Histoire du développement de l'œil*, Bruxelles, 1860, in-8°, adresse aujourd'hui deux autres ouvrages intitulés, le premier :

Des Épicanthas und das Épiblepharon. Erlangen, 1860, pl.

Et le second : *Mémoire sur l'anatomie normale et pathologique de l'extrémité oculaire du nerf optique*. Bruxelles, 1861, in-8°.

M. Giraldès est invité à rendre compte à la Société de ces trois ouvrages.

— M. Frickhoffer adresse un exemplaire de son ouvrage intitulé *Statistik des Bruchein Klemmungen, etc.* (Statistique des hernies étranglées, des opérations de hernies et des fistules stercorales dans le grand-duché de Nassau, de 1818 à 1858).

— M. Follin présente, au nom de M. le docteur Türck, un ouvrage de ce dernier intitulé *Méthode pratique de laryngoscopie*. Paris, 1861, in-8°, pl.

— M. Larrey fait don à la Société du *Rapport général sur les travaux du conseil d'hygiène publique et de salubrité* depuis 1849 jusqu'à 1858, rédigé par M. Trébuchet. Paris, 1861, in-4°.

— La Société a reçu la lettre suivante de M. Lefort :

« Monsieur le Président,

» Dans une des précédentes séances de la Société de chirurgie, M. Richet a présenté un enfant atteint de bec-de-lièvre et d'un **vice de conformation très-rare de la lèvre inférieure**, puisque, sauf un autre cas observé également par M. Richet, aucun membre de la Société n'avait rencontré encore d'exemple semblable. Le numéro d'octobre 1860 du *British and foreing medico-chirurgical Review* en rapporte quatre à peu près identiques observés sur les membres d'une même famille ; j'ai cru que la Société, qui s'est intéressée à la présentation de M. Richet, recevrait peut-être avec intérêt une courte traduction de la note de M. Murray (de Brighton), publiée sous le titre de *Vice de conformation de la lèvre inférieure, rencontré sur quatre membres de la même famille et non encore décrit.* — On trouve dans le livre des planches représentant la difformité.

» En mai 1859, le docteur Murray fut appelé à voir un enfant atteint de bec-de-lièvre simple du côté gauche et âgé de dix-huit mois. L'enfant, opéré, guérit ; mais ce qui frappa le chirurgien fut l'existence d'un singulier vice de conformation se rencontrant sur quatre membres de la famille.

» Cette anomalie consiste dans l'existence de deux petites poches ou saccules sur la lèvre inférieure du père, de l'aîné, du troisième et du huitième enfant, âgés de 17 ans, 13 ans, et le dernier de 18 mois.

» Tous sont exempts de maladies constitutionnelles, et jouissent d'une excellente santé.

» Le père, né avec un double bec-de-lièvre, fut opéré par Liston. Ni les frères ni les sœurs du père ne présentaient d'affections analogues.

» Sa fille, âgée de dix-sept ans, présente à la lèvre inférieure deux petites poches qui offrent l'aspect suivant :

» La lèvre inférieure est grosse et charnue ; à un quart de pouce environ du bord externe de la muqueuse labiale existent deux ouvertures en forme de croissant, toutes deux de forme semblable et placées symétriquement des deux côtés de la ligne médiane. Les extrémités de croissant sont dirigées en avant et un peu en dehors. Une sonde, introduite dans une de ces ouvertures, s'enfonce en bas à la profondeur d'un demi-pouce et se rapproche du côté buccal de la lèvre, mais l'instrument est toujours recouvert par une certaine épaisseur de parties molles. Les deux conduits ne communiquent pas l'un avec l'autre, ils sécrètent du mucus glaireux, et leur présence n'amène aucun inconvénient.

» Le père et deux autres enfants présentent les mêmes altérations, et les petits conduits ont les mêmes caractères.

» Sauf la fille aînée, tous sont nés avec un bec-de-lièvre.

» Le docteur Murray cherche à s'expliquer l'existence de ce vice de conformation ; il tendrait à penser qu'elle serait due à une maladie intra-utérine des glandes labiales.

» MM. Goodsir, Owen, Simpson, Paget, Green et Quekett, consultés par M. Munay, n'ont pu s'expliquer ce fait d'une manière satisfaisante. »

M. DEMARQUAY. M. Lefort, dans la lettre qu'il vient d'adresser sur un état particulier de la lèvre inférieure, dit que personne avant M. Richet n'avait signalé ce vice de conformation. J'ai publié, dans la *Gazette médicale de Paris* (1847), un travail sur le bec-de-lièvre, où j'ai décrit avec soin ce vice de conformation, et où j'ai signalé également l'influence de l'hérédité.

— L'ordre du jour appelle la nomination d'une commission pour examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

A la majorité relative, sont nommés membres de la commission : MM. Larrey, Legouest et Verneuil.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. RICHET présente une pièce **d'anévrysme artério-veineux du pli du coude**, fort instructive et fort intéressante, et remet une note détaillée.

Observation d'anévrysme artério-veineux de l'humérale au pli du coude; inefficacité de la compression; ligature de l'artère humérale; ouverture du sac. — Mort par infection purulente. — Examen de la pièce anatomique. — Réflexions.

Le nommé D... (François), âgé de soixante-six ans, journalier, se présente le 24 janvier 1861 à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, pour y être traité d'une tumeur siégeant au pli du coude, à gauche ; tumeur qui a paru après une saignée pratiquée trois mois auparavant. Après un examen attentif, on reconnaît que cette tumeur est un anévrysme artério-veineux, et le malade est admis dans le service, où il est couché salle Saint-Augustin, au n° 14.

Voici les renseignements fournis par ce malade.

Pendant le courant du mois d'octobre 1860 il reçut à la poitrine une assez forte contusion; l'apparition de quelques symptômes inflammatoires força de recourir à la saignée, saignée qui fut pratiquée

par une sage-femme de la localité. La veine médiane céphalique fut d'abord ouverte ; mais vu la minime quantité de sang que fournissait cette veine, la sage-femme se décida à pratiquer la saignée de la médiane basilique. Aussitôt après la ponction, issue d'un jet de sang d'une couleur vermeille, mais nullement saccadé. Lorsque la quantité de sang nécessaire fut obtenue, un bandage, composé seulement d'une compresse et d'une bande, fut appliqué. Cependant le bras acquit bientôt un volume énorme, et deux heures après la saignée, le malade, tourmenté par ce gonflement et les douleurs qu'il ressentait dans tout le membre supérieur, retourna chez la sage-femme, laquelle défit le premier bandage, et le remplaça par une légère compression, au moyen d'une bande et de compresses. Le gonflement, les douleurs disparurent peu à peu, et au bout de huit jours, le malade ne conservait plus qu'une petite tumeur siégeant au pli du coude, au niveau de la saignée. Il ne s'en préoccupa pas d'abord ; mais plus tard, voyant que cette tumeur tendait à augmenter de volume, il se décida à consulter un médecin. Ce dernier, après un examen attentif, reconnut un anévrysme, et conseilla au malade d'appliquer sur la tumeur des compresses imbibées d'une solution d'alun et de tannin, et de serrer assez fortement une bande au-dessus. Ce dernier moyen n'amena aucune amélioration ; les pulsations augmentèrent, et bientôt le malade ne put plus étendre le bras. Il se rendit alors à Soissons ; là les médecins de l'hôpital confirmèrent le diagnostic de l'anévrysme artério-veineux. C'est alors que le malade, désirant à à tout prix être débarrassé de cette affection, qui l'empêchait complétement de travailler, vint à Paris, où il fut admis dans nos salles.

Etat actuel. — Le lendemain, au moment de la visite, le malade est examiné avec le plus grand soin, et voici ce qu'on peut observer :

Au bras gauche, au niveau du pli du coude et un peu vers la région interne, siége une tumeur offrant à peu près le volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur est superficielle, les téguments qui la recouvrent sont très-amincis ; la main appliquée sur elle est soulevée par un mouvement d'expansion isochrone aux battements du pouls ; le frémissement vibratoire est très-aisément perçu, mais il n'existe qu'à la partie interne du bras, le long du trajet de la veine basilique et des veines qui accompagnent l'artère humérale. Il est surtout prononcé dans la rotation du membre en dedans ; quand on le porte dans la rotation en dehors, il s'amoindrit sensiblement, parfois même disparaît complétement. C'est à peine si on le retrouve dans les veines situées au-dessous du pli du coude. Aucune des veines superficielles

ne présente de dilatation, *il semblerait* que la communication existe avec les veines profondes, celles qui accompagnent l'artère. Mais ce n'est là qu'une supposition, le peu de temps qui s'est écoulé depuis l'apparition de l'anévrysme n'ayant pu encore changer les dispositions anatomiques des parois veineuses.

L'auscultation donne les résultats suivants : souffle continu, saccadé, à maximum d'intensité au moment où le sang est chassé dans les artères. Ce souffle est entendu d'une part jusqu'au poignet dans la radiale et la cubitale, d'autre part on le retrouve sur tout le trajet de l'artère humérale et jusque dans la sous-clavière.

Comme symptôme accessoire, nous noterons le développement anormal des poils de ce membre supérieur, surtout au niveau de la tumeur. La compression pratiquée au-dessus de la tumeur amène la disparition du souffle et l'affaissement de la poche, qui augmente au contraire lorsque la compression est établie au-dessous.

Le membre est sensiblement atrophié ; sa température est moindre que celle du côté opposé; le malade y éprouve un sentiment de gêne continuel et parfois d'assez vives douleurs qui l'inquiètent beaucoup et le privent de sommeil. L'avant-bras est demi-fléchi sur le bras et il est impossible de l'étendre; tout mouvement un peu étendu de ce côté est impossible, et pour ces diverses raisons, le malade veut absolument être débarrassé de sa maladie.

Pour nous, le diagnostic n'est pas douteux ; l'affection est un anévrysme artério-veineux. L'artère humérale lésée communique avec les veines superficielles et peut-être profondes ; elle-même est surmontée d'une poche anévrysmale.

Le malade est laissé en observation jusqu'au 1er février. Ce jour-là on établit une compression au moyen de plaques d'agaric et d'une bande. Cette compression est assez facilement supportée.

Le lendemain, les battements de la radiale sont un peu plus faibles que du côté opposé. On applique une deuxième bande au-dessus de la première pour que la compression soit plus exacte.

Le 3 février, on enlève l'appareil. Le pouls radial est encore plus faible que la veille. L'auscultation dénote la continuation du souffle, peut-être un peu plus affaibli.

Les jours suivants la compression est continuée.

Le 5, l'appareil est de nouveau levé. Le pouls est faible. Le bruit de rouet diminue d'intensité d'une manière sensible, ce qui semblerait indiquer que la communication avec les veines est plus facile. On n'observe plus qu'un souffle simple, intermittent.

Le 6, le frémissement vibratoire est très-fugace et disparaît par

instants. Il change avec l'attitude quand le bras est fléchi et dans la supination; on le perçoit assez nettement. Dans l'extension et la pronation il disparaît, pour reparaître de nouveau, lorsqu'on élève le bras.

L'application du sphygmomètre de M. Marey, faite par lui-même, ne fournit aucune indication bien appréciable; les pulsations artérielles du côté malade sont un peu plus fortes que du côté sain, le sommet de la courbe décrite par l'aiguille est un peu plus élevé à gauche qu'à droite; mais c'est là tout.

La compression à l'aide d'un bracelet en tissu de caoutchouc est substituée à celle que jusqu'ici nous avions opérée avec les bandes de toile; elle est continuée pendant deux jours, mais le malade ne peut la supporter; l'avant-bras se gonfle, devient violacé, douloureux, et la tuméfaction est telle que nous devons la supprimer sans en avoir rien obtenu de bien notable.

C'est alors que nous essayons la compression digitale, qui est commencée le 8 février, à midi, et continuée sans interruption pendant vingt-deux heures consécutives par les élèves de service, avec un zèle auquel il faut rendre toute justice et qui est au-dessus de tout éloge.

Cette compression fut très-pénible pour le malade, qui ne cessa d'accuser de très-vives douleurs supportées d'ailleurs avec un grand courage. Le soir, vers cinq heures, elles devinrent extrêmement violentes dans l'avant-bras et la main, qui sont gonflés et cyanosés. A neuf heures et demie les battements ont presque complétement cessé dans la tumeur qui est dure, mais le souffle persiste toujours.

Le 9, la compression est suspendue au moment de la visite, et on reconnaît alors que la tumeur est soulevée, mais en masse, et qu'il n'y a plus d'expansion; elle est dure, rétractée, nullement réductible et évidemment occupée par des caillots; le pouls radial est encore perçu. Quant au frémissement cataire, il ne peut plus être retrouvé. Comme aspect extérieur, il existe un peu de gonflement au pli du coude, voilant en partie la tumeur. L'auscultation permet de reconnaître un souffle ou plus tôt un sifflement qu'on pourrait comparer au bruit du vent passant par une fissure. Depuis quelques instants qu'on a cessé la compression la tumeur a augmenté de volume, mais sans offrir d'ailleurs ni battements ni frémissements.

Je me propose de continuer la compression digitale; mais le malade, quoique très-courageux, déclare qu'il ne pourra plus la supporter. C'est alors qu'autant pour lui donner quelque répit que pour

soulager les élèves qui avaient passé la nuit, et leur permettre de prendre du repos, on applique le compresseur de J. L. Petit, qu'on est bientôt obligé de supprimer à causer des douleurs intolérables qu'il détermine. La compression digitale est de nouveau reprise de dix heures à deux heures, jusqu'au moment où nous pouvons nous procurer les appareils de M. Charrière et de M. Jules Roux que nous désirons substituer à la compression digitale devenue impossible. Nous nous sommes ainsi assurés que, pendant cet intervalle, le sang n'avait pu pénétrer de nouveau dans la poche.

Ces deux appareils, successivement appliqués dans la journée, ne sont pas mieux supportés que la compression digitale, et ils déterminent une bien plus grande gêne dans la circulation en retour.

Nous lui substituons alors un appareil compresseur plus simple, fabriqué sur les indications de l'interne de service, M. Duchesne, par le serrurier de la maison, lequel, s'il ne comprime pas très-exactement, a du moins l'avantage d'être mieux supporté.

Le 13, la tumeur a diminué de volume; mais les mouvements d'expansion ont reparu, faibles il est vrai. A l'auscultation : bruit de souffle intermittent, très-faible, mais cependant très-perceptible. Le frémissement vibratoire est de nouveau sensible dans l'élévation du bras. La compression directe sur la tumeur est reprise en même temps que la compression sur l'artère à distance.

Les 15, 16, 17, 18, l'appareil continue à être appliqué. Le malade le supporte en quelque sorte d'une manière intermittente ; ainsi un jour il le supporte pendant dix heures ; d'autres fois on est forcé de l'enlever après deux ou trois heures d'application.

Le 19, l'appareil de compression à distance est définitivement enlevé depuis vingt-quatre heures. On constate qu'il n'y a que peu d'expansion dans la tumeur ; mais à la partie postérieure existe toujours un léger frémissement. A l'auscultation, souffle intermittent avec renforcement.

Les 20, 21, 22, 23, 24, le seul appareil de compression employé consiste dans l'application sur la tumeur d'un bracelet en caoutchouc maintenant sur la tumeur une pyramide de disques d'agaric très-doux.

Le 1er mars, l'examen de la tumeur fournit à peu près les mêmes indications que précédemment; ainsi les mouvements d'expansion sont à peine sensibles, mais le frémissement vibratoire est tout aussi net qu'aux premiers jours, malgré la compression directe sur la tumeur énergiquement continuée et sans interruption à l'aide des disques d'agaric accumulés sur elle et soutenus par le bracelet en tissu de caoutchouc. Le malade perd patience, ses souffrances augmentent;

il se trouve beaucoup plus impotent de son membre qu'à son arrivée à l'hôpital, et demande avec instance qu'on lui pratique l'opération dont il a entendu parler par les chirurgiens qui l'ont envoyé à Paris et qui doit le débarrasser. Mais je l'engage encore à prendre patience pendant une dizaine de jours, après quoi, si on n'obtient pas d'amélioration, je lui promets de prendre un parti décisif.

Le 10, la compression directe est enlevée, et non-seulement nous ne constatons aucune amélioration dans les symptômes locaux, mais encore la tumeur s'est évidemment accrue. La peau est amincie vers son sommet; elle est chaude et douloureuse au toucher; les mouvements d'expansion ont reparu, le frémissement cataire est plus prononcé que les premiers jours; l'avant-bras, tuméfié et violacé, est douloureux, presque fléchi à angle droit sur le bras avec impossibilité absolue de l'étendre; bref, il est démontré que l'on n'a plus rien à espérer de la compression soit directe, soit à distance, et que, malgré l'emploi de ce moyen continué pendant quarante jours avec persévérance et prudence, la maladie s'est aggravée.

Il ne reste donc plus qu'à chercher un autre moyen d'arrêter les progrès du mal, et je n'en vois point de plus certain que la ligature de l'humérale et l'ouverture du sac par la méthode ancienne.

Opération. — Le 11 mars, en présence de MM. Denonvilliers et Dolbeau, l'opération est pratiquée de la manière suivante :

Une incision longue de 0,03 centimètres est pratiquée sur le bord interne du biceps, un peu au-dessus du pli du bras. L'aponévrose bicipitale, mise à nu, est incisée. Immédiatement je découvre l'artère humérale, au-dessous de laquelle j'engage un stylet cannelé entraînant un fil ciré; avant de serrer la ligature, je fais remarquer que l'artère, quoique découverte, est soulevée par des pulsations isochrones à celles du pouls; elles peuvent même, quoi qu'on en ait dit, être perçues avec le doigt. La ligature est serrée, et toute pulsation disparaît dans la tumeur. L'incision est alors prolongée au-dessous du pli du bras, et je passe au deuxième temps de l'opération, c'est-à-dire à l'ouverture du sac.

Aussitôt après l'incision de la poche anévrysmale, de laquelle on extrait de nombreux caillots mous et peu résistants, il s'écoule un flot de sang rouge, rutilant, évidemment artériel, qui vient des profondeurs de la plaie, et qui paraît pleuvoir dans le sac par plusieurs orifices sans qu'on puisse en découvrir aucun distinctement. Supposant alors que c'est surtout par le bout supérieur, malgré la ligature posée au-dessus du sac, qu'a lieu l'hémorrhagie, j'introduis un stylet dans ce bout supérieur, que j'isole, et je l'entoure d'un fil immédiatement

au-dessous du sac sans trop éprouver de difficulté. Malgré cette ligature, le sang continue à affluer dans la partie la plus profonde du sac.

C'est alors que M. Denonvilliers comprime les artères radiale et cubitale, pendant que je recherche le bout inférieur pour y placer une ligature, ainsi qu'il venait d'être fait pour le bout supérieur ; mais, malgré cette compression, l'hémorrhagie persiste et semble même augmenter.

Cependant le malade perdant beaucoup de sang, pour en suspendre l'écoulement et me donner le temps de réfléchir, j'exerce la compression directe sur le fond de la plaie. J'entreprends alors de découvrir le bout inférieur immédiatement au-dessous du sac, et pour bien déterminer quelle est sa direction, je suspends la compression afin de pouvoir y introduire un stylet ; mais ce stylet se dirige tantôt vers le bord interne, tantôt vers le bord externe de l'avant-bras, suivant, en un mot, la direction tantôt de la radiale, tantôt de la cubitale. Il devient dès lors évident que le sac était placé sur le point même de bifurcation de l'humérale, et que par conséquent il fallait, ou lier séparément la radiale et la cubitale, ou jeter un fil sur la portion de l'humérale intermédiaire au sac et à la naissance des deux artères, portion qui ne paraissait pas avoir plus de 0,002 à 0,003 millimètres de longueur, à en juger par la position de l'éperon inter-radio-cubital, qui paraissait faire pour ainsi dire saillie dans la cavité du sac. Néanmoins j'entreprends la dissection de ce bout inférieur que je cherche à isoler, afin d'y pratiquer une ligature immédiate ; mais les tissus qui l'entouraient avaient été tellement dénaturés, soit par l'inflammation, soit par la compression trop longtemps prolongée, qu'ils étaient devenus comme cartilagineux, et qu'il était impossible, malgré la présence de deux stylets introduits, l'un dans la radiale et l'autre dans la cubitale, de reconnaître exactement son trajet. Ce qui rendait d'ailleurs cette opération si délicate, c'est qu'il fallait agir au fond d'une plaie profonde, que remplissait à chaque coup de bistouri une nouvelle quantité de sang versé par le bout inférieur, dont la compression directe ne pouvait plus être exactement faite à cause des deux stylets engagés dans les artères radiale et cubitale. Ce que voyant, je résolus de passer avec une aiguille courbe une ligature médiate autour du bout inférieur, en y comprenant les veines et le tissu cellulaire ambiant ; seulement je pris la précaution de repousser le nerf médian, et lorsque je fus assuré que le fil étreignait bien les deux stylets introduits par le bout inférieur, je serrai fortement la ligature, et tout écoulement de sang fut immédiatement supprimé. Les trois chefs des ligatures furent ramenés, le supérieur

dans l'angle supérieur de la plaie, le moyen et l'inférieur dans l'angle inférieur. Quelques boulettes de charpie furent maintenues dans le fond de la plaie, et ses lèvres légèrement rapprochées à l'aide de quelques bandelettes de diachylon.

Les trois premiers jours qui suivent l'opération, le malade prend de la nourriture, et ne souffre nullement de son bras. La plaie a un bon aspect, la suppuration est parfaitement établie ; la chaleur est normale dans l'avant-bras, mais les battements des artères radiale et cubitale imperceptibles.

Le 15 au matin, la plaie a changé d'aspect ; les bourgeons sont affaissés, et la suppuration est devenue séreuse. Le malade accuse une vive douleur au pied droit ; un examen attentif ne permet pas de découvrir autre chose qu'une rougeur légère au niveau des articulations métatarso-phalangiennes, avec un peu d'empâtement. Le malade déclare d'ailleurs n'avoir eu aucun frisson ni malaise, soit dans la nuit, soit la veille.

Les jours suivants, la rougeur et l'empâtement s'étendent et augmentent; des traînées rouges contournent le dos du pied et s'avancent jusqu'à mi-jambe. Je diagnostique une lymphite spontanée, tout en faisant observer qu'elle se présente avec des caractères singuliers et inusités. La fièvre est modérée, la soif assez vive ; point d'appétit. — Cataplasmes, frictions avec l'onguent napolitain, puis vésicatoire volant sur le pied, tels furent les moyens employés.

Le 22 au matin, la ligature moyenne, c'est-à-dire celle placée sur le bout supérieur, immédiatement au-dessus du sac, est tombée dans le pansement.

Dans la nuit du 22 au 23, hémorrhagie en nappe considérable. L'interne de garde appelé n'aperçoit aucun vaisseau donnant issue au sang. L'hémorrhagie est arrêtée par l'application d'un morceau d'amadou dans le fond de la plaie et par une légère compression. Aujourd'hui le malade est abattu, la fièvre est modérée. Je n'ai garde de toucher au pansement, de peur de renouveler l'écoulement du sang.

Le 25, à trois heures du matin, nouvelle hémorrhagie, que l'interne de garde arrête par une ligature placée au fond de la plaie. La dernière ligature tombe pendant ces tentatives et ces recherches ; quant à la seconde, elle a disparu sans qu'on puisse se rendre compte de la manière dont elle est tombée. Dans la nuit du 25 au 26, deux nouvelles hémorrhagies ont lieu, on les arrête par la compression et le perchlorure.

Le 26 mars au matin, en présence de ces hémorrhagies qui se re-

produisent malgré les divers moyens hémostatiques employés, je me décide à pratiquer la ligature de l'axillaire. Cette opération est faite en quelques secondes, et sans que le malade ait perdu une goutte de sang.

Je dirai plus loin les raisons qui m'ont déterminé à faire cette ligature en ce point; je me borne, pour le moment, à faire remarquer que le malade, pâle et exsangue, n'aurait pu sans périr supporter une nouvelle perte de sang.

Le 27, apparition d'une rougeur avec empâtement, semblable à celle de l'érysipèle phlegmoneux, à la partie antérieure du cou, au niveau de l'articulation du sterno-claviculaire gauche. Cette rougeur, due probablement à un épanchement purulent dans la cavité articulaire sterno-claviculaire, ressemble de tout point à celle qui s'est développée au pied. Il est malheureusement à craindre que ce ne soit là, malgré l'absence des frissons, l'indice d'une intoxication pyo-hémique, d'une infection purulente.

Le 28, les symptômes généraux s'aggravent.

Le 29, léger épanchement de sang par les parois de la plaie, facilement arrêté avec l'agaric. Délire pendant la nuit.

Le 30, persistance des accidents; teinte jaune; fièvre; pouls petit, fréquent; subdélirium.

Le 31, mort à cinq heures du soir.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée le 2 avril. Les articulations du pied droit et l'articulation sterno-claviculaire droite sont pleines de pus. Pas d'abcès métastatiques dans le foie ni dans les poumons. Le bras gauche est séparé du tronc. Une injection est poussée par l'humérale, elle ressort par le sac et ne pénètre ni dans la radiale ni dans la cubitale.

Le bras est ensuite disséqué avec le plus grand soin. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'énorme volume des nerfs, du musculo-cutané, du médian et du cubital. Ces deux derniers sont très-rouges, parcourus par des vaisseaux noueux. Cela est dû probablement à la compression prolongée; cet aspect a aussi frappé à première vue M. Denonvilliers, lorsqu'il examina la pièce. Le nerf cubital reçoit au milieu de ses fibres deux artères relativement considérables, l'une du volume d'une collatérale des doigts; l'autre plus petite, située au centre du nerf, toutes deux remplies par l'injection et provenant de la collatérale interne. On peut les suivre jusqu'au voisinage de l'articulation où elles se détachent du nerf, pour concourir à former un cercle artériel anastomotique très-développé.

L'examen des veines superficielles démontre que les veines radiales, assez volumineuses et qui vont concourir à la formation de la cépha-

lique, sont, au niveau du pli du coude, sensiblement épaissies. Cette hypertrophie porte surtout sur les replis valvulaires, plus accusés qu'à l'état normal. Au pli du coude, la plaie pratiquée pour l'opération a interrompu dans leur continuité ces veines radiales et divisé probablement les médianes céphalique et basilique. On ne retrouve donc en dehors que la céphalique, dont les parois, à partir du pli du coude, présentent un épaississement notable jusqu'au milieu du bras, où elles perdent ce caractère pour redevenir minces et transparentes. En dedans, les veines cubitales nombreuses viennent aboutir au pli du coude dans la basilique. Elles ne présentent au-dessous du pli du coude un épaississement notable qu'à partir de 2 centimètres de l'articulation. Là, comme dans les veines radiales, les replis valvulaires sont très-accusés. Au-dessus du pli du coude, la veine basilique, résultat de leur jonction, offre tous les caractères d'une veine artérialisée, c'est-à-dire que ses parois sont épaissies et comme charnues, qu'elles présentent des stries longitudinales très-manifestes qu'on peut suivre jusqu'à la partie moyenne du bras, où elles disparaissent; les parois veineuses reprennent là leur minceur et leur translucidité.

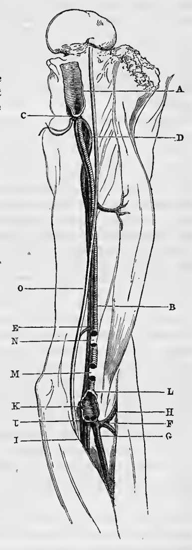
Il est impossible, quoiqu'on ait d'après ces caractères anatomiques la certitude que la communication artérielle a été établie avec ces veines, de retrouver dans l'état actuel des choses cette communication. En effet, pour découvrir le sac et pratiquer la ligature au-dessus et au dessous, il avait fallu séparer complétement les parties superficielles des parties profondes, et par conséquent couper toutes les communications existant entre les veines et l'artère.

Mais il est présumable, d'après la position de la blessure faite par la lancette d'une part, d'autre part par ce que nous trouvons dans le système veineux superficiel, que la communication s'était établie entre la médiane basilique et l'artère humérale, tout à fait à la partie postérieure du sac, dans un point assez rapproché de la partie interne du bras; c'était là en effet qu'on trouvait le frémissement vibratoire indiquant le passage du sang artériel dans les veines cubitales et la basilique.

L'examen des parties profondes et surtout du système artériel donne les résultats suivants :

LÉGENDE DE LA FIGURE.

A. L'artère axillaire.
B. L'artère humérale.
C. Le fil appliqué sur l'artère axillaire, immédiatement au-dessus de la naissance de l'humérale profonde.
D. L'artère humérale profonde.
E. La collatérale interne, naissant immédiatement au-dessus de la ligature placée sur l'humérale.
F. Le tronc commun des récurrentes radiales.
G. L'artère radiale.
H. La récurrente radiale antérieure s'anastomosant avec l'humérale profonde.
I. L'artère cubitale.
J. L'ouverture dans le sac des deux artères radiale et cubitale.
K. Le sac anévrysmal.
L. Le bout supérieur de l'artère humérale, immédiatement au-dessus du sac.
M. Interruption de l'humérale par le fil placé immédiatement au-dessus du sac.
N. Interruption de l'humérale déterminée par la première ligature.
O. Le nerf médian.



L'artère humérale volumineuse est modérément distendue par l'injection pratiquée au-dessous de la ligature faite sur l'axillaire. Une des

premières choses qui frappe, c'est que, immédiatement au-dessous de cette ligature, tout au plus à 0,001 de distance, naît de l'humérale une branche collatérale considérable, du volume de la radiale, laquelle, après un court trajet, fournit les circonflexes et vient s'adosser ensuite au nerf radial, qu'elle accompagne dans sa gouttière. C'est l'humérale profonde, ayant au moins le triple du volume normal. On peut la suivre, quoiqu'elle ne soit pas injectée jusque sur les côtés de l'articulation du coude, où elle s'abouche avec les récurrentes radiales.

A partir de cette bifurcation, l'humérale fournit plusieurs autres branches à droite et à gauche, quelques-unes très-volumineuses, se rendant dans les muscles. En dedans surtout, on voit plusieurs artères qui par leur position figurent des collatérales internes, car aucune d'elles n'est assez considérable pour mériter exclusivement ce nom. A 3 centim. au-dessus de l'épitrochlée, l'humérale est brusquement interrompue; c'est là où avait porté la ligature supérieure. L'injection, en repoussant le caillot, a ouvert largement le calibre de ce vaisseau. Immédiatement au-dessus du point où avait été appliquée la ligature à 0,001 de distance, naît une collatérale interne d'un volume assez notable. A un centimètre au-dessous, on retrouve le bout inférieur de l'artère, interrompue encore par la deuxième ligature placée au-dessus du sac. Enfin, un demi-centimètre plus bas, on découvre une large ouverture sur la paroi antérieure de cette même artère, ouverture qui conduit dans la partie profonde du sac anévrysmal. Cette ouverture irrégulière, ayant un peu plus d'un centimètre dans son diamètre vertical, est plongée au milieu d'un tissu lardacé, et il faut de grands soins et une grande patience pour la séparer des parties adjacentes. Enfin on arrive à découvrir que les veines profondes sont situées en dedans, ainsi que le nerf médian, tandis qu'en dehors la partie profonde du sac repose sur le tendon du biceps. La naissance des artères radiale et cubitale se fait à 2 millimètres au-dessous de l'ouverture anévrysmale, de telle sorte qu'en soulevant légèrement l'artère on aperçoit de suite l'éperon qui sépare ces deux artères.

Immédiatement au-dessous de la séparation, à la distance de 1 millimètre au plus, on observe que la radiale fournit par sa partie profonde une énorme branche, d'un volume au moins égal au tronc principal : c'est le tronc commun des récurrentes radiales antérieures et postérieures, dont on peut suivre les ramifications venant s'aboucher avec la collatérale externe. Quant à la cubitale, elle ne fournit de collatérale que beaucoup plus bas, c'est-à-dire à 2 centimètres audessous de l'ouverture anévrysmale. Il est impossible de retrouver sur cette portion du tubo artériel les traces de la constriction exer-

cée par la ligature médiate qui y avait été placée, et nous ne pouvons même nous expliquer que le fil soit tombé sans avoir coupé les parties qu'il embrassait dans son anse. Un moment nous avons douté que l'artère, au-dessous de l'anévrysme, ait été réellement comprise dans la ligature; mais, après quelque réflexion, nous avons reconnu que cela n'était pas possible, car, avant que de procéder à la ligature au-dessous du sac, nous avions pris la précaution d'introduire un stylet dans l'orifice artériel par lequel s'échappait le sang, et c'est autour de ce stylet qu'avait été conduite l'aiguille courbe entraînant le fil, dont l'anse comprimait tout à la fois le tube artériel au point de bifurcation des artères radiale et cubitale et les veines adjacentes; seulement le nerf médian avait été repoussé en dedans de manière à ne saisir que les vaisseaux. D'ailleurs le trajet suivi par l'aiguille et le fil autour des vaisseaux est attesté par une traînée purulente et un décollement circulaire manifeste, quoiqu'il ne reste pas de trace de constriction sur ces vaisseaux eux-mêmes. Comment se fait-il dono que le fil ait pu tomber sans couper les parties qu'il embrassait dans son nœud? Une seule explication est admissible; la ligature avait été posée médiatement, c'est-à-dire qu'elle embrassait en même temps que les vaisseaux une certaine quantité de tissu de nouvelle formation à la base du sac. Au bout de quelques jours il est probable que le fil, ayant coupé les parties extérieures au tube, d'autant plus sécables qu'elles étaient plus enflammées, l'anse qu'il formait est devenue libre; a joué pour ainsi dire autour du tube artériel, et que le nœud, s'étant détaché, aura été entraîné sans qu'on s'en aperçût dans les manœuvres faites pendant la nuit pour arrêter l'hémorrhagie. C'est à partir de ce moment que le calibre de la radiale étant devenu libre, le sang a pu reparaître, ramené par les anastomoses de la collatérale externe avec le tronc commun des récurrentes radiales.

Quant aux veines profondes, elles ne présentent aucune trace du passage du sang artériel dans leur intérieur. Les deux veines qui accompagnent l'artère humérale en particulier ont leurs parois tout à fait à l'état normal, excepté au voisinage des débris du sac anévrysmal, où elles sont plus épaissies qu'en tout autre point. Mais comme là elles étaient en contact avec le pus et qu'elles plongeaient dans le foyer, il est à présumer que cet épaississement est dû à l'inflammation périphérique.

Reste à examiner la ligature appliquée sur l'axillaire dans le creux de l'aisselle. Le fil était encore solidement maintenu. Ainsi qu'il a été dit déjà, la ligature portait à 1 millim. au plus au-dessus de l'humérale profonde naissant anormalement dans le creux de l'aisselle. Le bout inférieur au-dessous de la ligature ne présente rien de particulier.

Les tuniques artérielles interne et moyenne, complétement coupées, sont renversées vers l'intérieur du vaisseau. Dans le bout supérieur, on retrouve la même disposition, mais la cicatrisation n'est pas encore effectuée. Un petit caillot conique, à base reposant sur l'endroit où a porté le fil et dont le sommet effilé remonte du côté du cœur, n'occupe pas à beaucoup près tout le calibre artériel et n'a contracté aucune adhérence avec les parois artérielles. La collatérale la plus voisine de la ligature en est distante de 0,02, et c'est une artère de quatrième ordre. Il faut remonter jusqu'à 0,04 pour trouver une branche d'un certain calibre.

Réflexions. — Lorsque l'anévrysme artério-veineux du pli du bras ne détermine qu'une gêne modérée dans les fonctions du membre, qu'il ne donne lieu qu'à peu de douleur, et surtout qu'il reste stationnaire et ne menace pas de se rompre, je suis de l'avis de ceux qui pensent qu'il n'y faut point toucher, ou tout au moins qu'il n'y a pas lieu de faire d'opération sanglante. Tout au plus alors peut-on intervenir en essayant la compression directe sur la tumeur, ou la compression à distance, ou bien encore ces deux opérations simultanément, méthode qui a si bien réussi entre les mains de M. Nélaton. Mais tel n'était pas le cas actuel. D'abord le malade ne pouvait absolument plus se servir de son membre, qui était, ainsi qu'on a pu le voir, condamné à une inaction absolue par suite de la flexion de l'avant-bras sur le bras, dont les muscles, malgré le temps assez court qui s'était écoulé depuis l'apparition de la maladie, s'étaient déjà notablement atrophiés. De plus, le malade éprouvait des douleurs violentes et continuelles qui le privaient de sommeil, et une sorte d'engourdissement, qui lui faisaient vivement désirer d'être débarrassé de son affection. Telles étaient d'ailleurs les raisons qui l'avaient déterminé à quitter la province pour venir à Paris chercher les secours de la chirurgie. Toutefois ces considérations n'eussent pas été pour moi déterminantes si je n'avais trouvé dans l'examen de la tumeur anévrysmale elle-même des raisons qui me paraissaient commander d'agir. Effectivement, la tumeur, qui avait déjà acquis le volume d'un œuf de pigeon, grossissait, au dire du malade, d'une manière notable; et sous nos yeux même, pendant les quelques jours qu'il fut laissé en observation, elle avait acquis un développement très-manifeste. La peau d'ailleurs, rouge et douloureuse, était déjà très-amincie au sommet de la tumeur, et il était à craindre que d'un moment à l'autre elle ne se rompît et ne déterminât une hémorrhagie grave.

Telles sont les considérations qui me décidèrent à ne pas rester simple spectateur du mal et à intervenir.

C'est alors que je crus d'abord devoir recourir à la compression

directe sur la tumeur, dans le but de transformer, s'il était possible, l'anévrysme artério-veineux en un anévrysme artériel simple, en oblitérant l'ouverture de communication de la veine avec l'artère. Je me proposais ensuite de traiter l'anévrysme ramené à cet état de simplicité par la compression digitale à distance.

Un instant je crus avoir réussi à opérer cette transformation, et c'est alors que je fis pratiquer la compression digitale sur l'artère humérale, puis enfin la compression à l'aide des divers appareils employés par d'autres chirurgiens avec succès dans les cas d'anévrysmes artériels simples.

Malheureusement le résultat ne répondit point à mon attente, et la compression directe et à distance, employée avec persévérance et prudence pendant quarante jours, n'eut d'autres résultats que de diminuer momentanément le passage du sang artériel dans le système veineux, et de supprimer, mais pendant quelques jours seulement, les battements dans le sac. Bientôt la compression devint tellement intolérable qu'il fallut la suspendre, et, s'il faut dire toute ma pensée, je crois qu'ici elle a été plutôt nuisible qu'utile, et cela pour plusieurs raisons que je vais successivement énumérer.

D'abord elle nous a fait perdre un temps précieux, et pendant les six semaiues que nous l'avons expérimentée, le malade, privé de sommeil par les douleurs auxquelles elle donnait lieu, avait perdu l'appétit et s'était visiblement affaibli. Cet homme, habitué au grand air et à l'exercice de ses membres, fut forcément condamné à un repos absolu au lit, sans lequel toute compression aurait été nécessairement inefficace.

En second lieu, il était difficile, pour ne pas dire impossible, de faire la compression sur l'artère seulement; les nerfs, les veines surtout, ne pouvaient y échapper: d'où les douleurs intolérables éprouvées par le malade, et la gêne de la circulation en retour se traduisant par l'œdème violacé et le refroidissement de la main et de l'avant-bras, toutes circonstances évidemment défavorables lorsqu'on est obligé d'en venir plus tard à l'opération de la ligature.

De plus, la compression directe sur la tumeur me paraît avoir occasionné dans toutes les parties avoisinant le sac cette induration qui nous a rendu si pénible et si difficile la recherche de l'artère au-dessus et au-dessous de l'anévrysme, sans compter qu'elle a certainement contribué à amincir davantage la peau qui le recouvrait, et à provoquer cette réaction inflammatoire qui ne nous a plus laissé maître de temporiser davantage et d'attendre pour opérer un moment plus favorable.

J'ajouterai enfin que dans ce cas particulier la dilatation des anasto-

moses déterminée par la compression soit directe, soit indirecte, dilatation si favorable pour le rétablissement de la circulation dans les anévrysmes artériels des membres inférieurs, par exemple, nous a été plutôt défavorable qu'utile en ce sens ; que ce n'est pas la gangrène du membre qu'on a à redouter après la ligature de l'humérale, mais bien plutôt le retour trop rapide du sang vers le sac.

Qu'on veuille bien remarquer cependant que malgré ce concours de circonstances défavorables notre opération eût réussi, selon toute probabilité, si l'infection purulente ne fût venue mettre obstacle à la cicatrisation des tuniques artérielles, et n'eût fait perdre au sang ses qualités plastiques. C'est effectivement le 15 mars, c'est-à-dire quatre jours après l'opération, que le malade accuse une vive douleur dans les articulations du pied droit, et que la plaie, qui jusqu'alors avait conservé un aspect satisfaisant, se sèche et prend un aspect blafard, tandis que ce n'est que dans la nuit du 22 au 23 mars, c'est-à-dire douze jours après, que tombe la première ligature et que se manifeste l'hémorrhagie. Puis, à partir de ce jour, les symptômes d'infection purulente s'aggravent et les hémorrhagies se succèdent jusqu'au moment où, pour y mettre un terme, encore incertain que j'étais sur la signification de ces douleurs articulaires qui n'avaient été précédées d'aucun frisson, d'aucun des signes ordinaires de la pyohémie, je me décide à lier l'axillaire. A partir de ce moment, tout écoulement de sang est définitivement suspendu. N'est-il pas évident que même alors, et sans cette complication de l'infection purulente, l'oblitération de l'axillaire eût pu être obtenue? En tout cas, nul ne peut dire que le malade a succombé par le fait de l'hémorrhagie.

Supposons maintenant qu'avant de pratiquer l'opération nous eussions pu connaître la disposition anatomique qui nous a été révélée par la dissection du membre, à savoir : l'existence du sac anévrysmal au point même de bifurcation des artères radiale et cubitale; puis la naissance, à 2 ou 3 millimètres de l'humérale, par un tronc commun aussi volumineux que la radiale elle-même, des récurrentes radiales antérieure et postérieure s'anastomosant largement avec l'artère humérale profonde, anormalement développée et naissant de l'axillaire, qu'aurions-nous fait? Pouvions-nous lier l'humérale seulement par la méthode d'Anel, sans toucher au sac? C'eût été une opération trop évidemment insuffisante pour qu'il soit besoin d'en faire ressortir les inconvénients. Fallait-il, après avoir placé une ligature sur l'humérale, pour pouvoir, ainsi que je l'ai fait, ouvrir ensuite le sac avec sécurité, lier isolément la radiale et la cubitale? Mais j'ai dit déjà que la recherche de ces deux vaisseaux, au milieu de tissus indurés

par l'inflammation et la compression, était une tentative impossible; j'admets cependant qu'on ait pu réussir à lier la cubitale, la chose eût été impossible pour la radiale, puisqu'il ne restait pas un espace suffisant entre la bifurcation de l'humérale et la naissance du tronc commun des récurrentes radiales pour y porter un fil; et que, d'autre part, lier au-dessous de ce tronc commun, c'était s'exposer à une hémorrhagie certaine, le sang devant être rapidement ramené dans le sac par les anastomoses de ces artères avec l'humérale profonde naissant ici anormalement de l'axillaire.

Il ne restait donc qu'un seul parti à prendre, et c'est celui que j'ai adopté, plutôt instinctivement, je dois le dire, qu'en parfaite connaissance de cause, à savoir : celui de jeter une ligature médiate sur le tronc commun, malheureusement trop court et trop difficile à isoler des artères radiale et cubitale. Il me paraît donc raisonnable d'admettre que si le malade eût été dans des conditions de santé générale meilleures, s'il n'avait pas été affaibli par six semaines de séjour au lit, par la privation du sommeil et par les douleurs qu'entraînait la compression; si surtout il n'était pas survenu des symptômes d'intoxication générale, cette ligature du tronc commun des artères cubitale et radiale, quoique médiate, eût suffi pour empêcher le retour du sang dans le sac et pour prévenir l'hémorrhagie.

Maintenant cette hémorrhagie survenant, il ne me restait plus qu'à recourir à la ligature de l'axillaire. Il ne me paraissait pas douteux en effet que le sang ne fût ramené dans le sac par les anostomoses de l'humérale profonde avec les récurrentes radiale et cubitale. Or, on sait que très-souvent cette artère, sans naître comme ici de l'axillaire même, se détache souvent très-haut de l'humérale; c'était donc s'exposer à la laisser au-dessus de la ligature que de porter le fil sur l'artère du bras. Le seul regret que j'éprouve, c'est de n'avoir pas pris ce parti dès le premier jour, c'est-à-dire avant l'opération de l'ouverture du sac, et j'avoue qu'à l'avenir, surtout chez des malades sur lesquels on aurait préalablement tenté la compression, et alors que je soupçonnerais les communications artérielles très-développées, je n'hésiterais pas à prendre cette détermination. La seule considération qui pourrait retenir peut-être serait la crainte de la gangrène, mais je crois qu'elle est bien moins à redouter que le rétablissement trop rapide de la circulation.

Discussion sur le traitement des anévrysmes.

M. BROCA. La Société avait d'abord voulu s'occuper du traitement de l'anévrysme artériel; cette question pourra venir un peu plus tard,

mais le fait de M. Richet se rapporte à un ordre d'anévrysmes bien différents.

Il s'agit d'anévrysmes artérioso-veineux. Le fait de M. Richet vient nous démontrer une fois de plus, dans ces sortes de tumeurs, la gravité des opérations sanglantes, et surtout des opérations dans lesquelles on est obligé d'aller ouvrir le sac. Cette observation me paraît du reste assez complexe.

La blessure des vaisseaux a eu lieu bien au delà de la profondeur où pénètre la lancette dans les saignées maladroites ou malheureuses; elle existe au point où se bifurque l'artère humérale. Il est probable que c'était une veine profonde qui concourait à la formation de l'anévrysme. Ces détails ont été révélés par l'autopsie, mais ne pouvaient pas être exactement connus d'avance. Que fallait-il faire alors ?

Pour ma part, je n'hésite pas, dans ces cas d'anévrysmes artérioso-veineux, à rejeter la méthode d'Anel. Cette méthode échoue presque toujours, quand elle ne tue pas les opérés. Les conditions de la phlébartérie empêchent la poche de s'oblitérer. Parmi les malades traités de cette manière, on peut bien compter 1 cas sur 30 dans lequel les malades ont survécu, mais la lésion a persisté. En général, les résultats sont déplorables. Chose assez singulière, les anévrysmes des membres inférieurs, traités par cette méthode, ont été presque tous suivis de gangrène; et quand on opérait en liant le vaisseau au-dessus et au-dessous de la tumeur, la gangrène était moins fréquente! Cette idée émise par Breschet du passage, à un certain moment de la circulation, de sang veineux dans l'artère, pourrait bien être vraie après la ligature par la méthode d'Anel.

M. Richet a eu recours à la compression directe : on pouvait tout au plus risquer d'échouer avec ou sans amélioration, mais on pouvait aussi espérer une guérison. Je ne puis donc qu'approuver la tentative qui a été faite. M. Richet a donné cette observation comme un exemple d'insuccès de la compression indirecte. Oui, c'est un insuccès, mais il ne faut pas perdre de vue que la compression n'a pas été conseillée pour les cas d'anévrysme artérioso-veineux.

Maintenant je me demande si, la compression ayant échoué, il y avait lieu d'avoir recours de suite à une autre opération, à la ligature. Je n'admets, pour ces anévrysmes, d'opérations que quand la tumeur fait des progrès, menace le membre et la vie du malade, mais ces cas sont rares et constituent une très-minime proportion. On peut garder vingt, trente ans, et même davantage, des tumeurs de ce genre. Sans doute cette communication entre une artère et une veine peut modifier la force et la nutrition d'un membre, mais pour obte-

nir une bien faible amélioration, faut-il faire courir au malade les chances si funestes d'une opération sanglante? Dans le fait de M. Richet, a-t-on du reste assez attendu après la compression? En général, si cette méthode réussit, ce n'est qu'après un temps assez long. M. Nélaton a guéri cinq ou six anévrysmes artérioso-veineux du pli du coude à l'aide de la compression, soit directe, soit indirecte. Mais il n'a pas obtenu ces succès de suite, et je me souviens d'un fait que j'ai vu à la Clinique et qui m'a bien frappé.

Je prenais le service de M. Nélaton; je trouvai dans les salles de l'hôpital un malade atteint de phlébartérie traitée par la compression digitale. Il y avait déjà six mois que la compression avait été abandonnée, que la tumeur allait en diminuant : elle a fini par disparaître entièrement.

J'aborde un dernier point de la communication de M. Richet, et celui-ci touche non-seulement aux anévrysmes artérioso-veineux, mais aussi aux anévrysmes artériels.

Frappé de la rapidité du retour du sang, M. Richet se demande si ce n'est pas la compression indirecte qui a déterminé un accroissement dans le calibre des vaisseaux, et, partant, préparé les voies de retour dans la circulation collatérale. La compression agit en effet ainsi dans la majorité des circonstances; c'est dans le but de favoriser le développement des voies collatérales et de diminuer les chances de la gangrène, que les chirurgiens du dernier siècle avaient recommandé ce mode de traitement des anévrysmes.

Mais cette objection tombe quand on veut l'appliquer aux anévrysmes artériels; ce n'est pas sur le sac que l'on porte le bistouri, on n'opère plus par la méthode ancienne. Dans les cas d'anévrysmes artérioso-veineux, c'est un danger sans doute, si l'on veut ouvrir le sac, mais pour les anévrysmes artériels c'est plutôt un bienfait.

J'arrive enfin à une anomalie sur laquelle notre collègue M. Richet a appelé l'attention. Cette anomalie est décrite par Meckel et ses successeurs comme un fait si fréquent, qu'il serait plutôt normal à une certaine période de la vie. Cette longue branche artérielle qui, partant de l'artère axillaire, venait s'ouvrir largement dans l'artère radiale, et donnait naissance aux récurrentes radiales, n'est autre chose qu'une espèce de *vas aberrans* décrit par Meckel, et que l'on rencontre dans le fœtus et chez les très-jeunes sujets. Je l'ai recherché moi-même et je l'ai souvent rencontré. Ce *vas aberrans* est l'origine de cette anomalie décrite sous le nom de bifurcation prématurée de l'artère humérale.

Dans ce cas, comme dans celui de M. Richet, si l'on cherche bien, on trouve presque toujours l'artère humérale qui se continue en don-

nant naissance à l'artère cubitale, puis ce *vas aberrans* plus ou moins volumineux. Dans le premier cas, il constitue l'artère radiale : dans le second, il est rudimentaire. Dans celui-là, il reçoit un petit ramuscule partant de l'artère humérale, au moment où elle va prendre le nom d'artère cubitale, et qui vient se jeter dans l'artère radiale; dans celui-ci, au contraire, c'est le *vas aberrans* qui se jette dans l'artère radiale.

Dans ces deux circonstances, le tronc des récurrentes radiales prend naissance sur le *vas aberrans*, avant sa jonction avec l'artère radiale. C'est ce qui fait dire que ces récurrentes naissent par un tronc commun : ce tronc commun c'est le rudiment de l'artère radiale, dans le cas de division prématurée de l'artère humérale; c'est le *vas aberrans* lui-même dans les cas ordinaires. J'ai vu au moins dix fois l'artère radiale naissant par deux racines presque égales : une de l'humérale en bas, une autre de l'humérale en haut (*vas aberrans*).

Dans le cas de M. Richet, il y avait une anomalie; mais ce n'est pas la compression qui aurait pu provoquer le développement d'une collatérale aussi longue. Y a-t-il beaucoup de collatérales semblables, ailleurs que dans ces circonstances et dans cette région, dans les cas d'anévrysmes artériels? La compression ne pouvait pas produire ici plus que n'aurait produit la ligature.

M. CHASSAIGNAC. Je trouve dans ce fait la confirmation d'un principe qui me guide constamment, mais que l'on me paraît un peu trop souvent porté à oublier : c'est le danger de porter une ligature sur des vaisseaux, sur des tissus enflammés, altérés par la suppuration. Les ligatures sur des vaisseaux enflammés ne restent pas longtemps en place; elles tombent au bout de trois ou quatre jours. Or c'est un temps insuffisant pour être sûrement à l'abri d'une hémorrhagie consécutive. Il n'a fallu rien moins que la grande habileté de M. Richet pour terminer cette opération laborieuse. Aussi je pense que dans des circonstances semblables il vaut mieux aller plus haut, et lier l'artère axillaire. C'est ce que je recommande, et ce que je ferais moi-même. J'ajoute que je ne reculerais pas devant la ligature des artères axillaire, radiale et cubitale : ces deux dernières liées au-dessous du sac par la méthode de Brasdor.

Enfin, lorsque l'inflammation s'est emparée de ces vaisseaux, déjà altérés par le mélange des deux sangs, artériel et veineux, il faut retarder autant qu'on le peut toute opération sur ces organes. Ils ressentent pendant longtemps les atteintes de l'inflammation.

M. HOUEL fait remarquer que M. Nélaton cherche d'abord à obtenir l'oblitération de la veine, ou tout au moins de l'orifice de commu-

nication, par la compression directe, avant d'attaquer par la compression indirecte l'anévrysme artérioso-veineux, ainsi transformé en anévrysme artériel.

M. DAVAT s'est beaucoup occupé de la question de l'oblitération des veines. Cette oblitération est très-longue et très-difficile à obtenir.

— La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

COMMUNICATION.

M. BROCA communique à la Société le fait suivant :

Un homme fut renversé et eut la jambe prise sous une énorme pierre. Il en résulta une fracture de jambe avec plaie et issue du fragment supérieur. Le blessé fut apporté à l'hospice de Bicêtre.

L'accident avait eu lieu le soir ; le lendemain matin, au moment où M. Broca, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, vit le malade, outre la fracture et la plaie étendue dont il vient d'être fait mention, il constata qu'il existait un **emphysème** considérable.

La plaie était située un peu au-dessus de la malléole interne ; l'emphysème occupait toute la partie inférieure de la jambe et remontait jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du point où se pratique l'amputation dite au lieu d'élection.

M. Broca se décida, en raison des lésions et des désordres graves de la jambe et de l'existence de l'emphysème, à pratiquer immédiatement l'amputation. Elle fut faite au lieu d'élection par la méthode circulaire, et la section, *même la section des parties molles,* porta au-dessus du point où avait pénétré l'infiltration gazeuse. M. Broca note, en passant, que, bien que le blessé fût à peine âgé de quarante-sept ans, il y avait ossification des artères.

Dès le lendemain, M. Broca constata que le moignon (la manchette, le tissu cellulaire sous-cutané et même les muscles) était sphacélé. Toute cette portion était recouverte d'une couche grise, pultacée. Huit jours après le développement de cette gangrène, le blessé a succombé. Il avait été pris de frissons à plusieurs reprises. Il portait dans d'autres régions du corps, dans le dos par exemple, des traces de contusions plus ou moins violentes, mais sans fractures.

L'autopsie n'a pas été pratiquée.

M. Broca, à propos de ce fait si singulier, s'est posé et soumet à la Société les questions suivantes :

1° Quelle est l'origine de ces gaz ? Sont-ils le résultat de la putréfaction ou d'une simple exhalation ?

2° Parmi les faits qui ont été rapportés, il en est dans lesquels il y a eu gangrène plus ou moins étendue ; d'autres n'ont pas présenté

cet accident. Dans les premiers, quelques-uns ont été suivis de guérison; d'autres, au contraire, ont amené la mort plus ou moins promptement. Quelle serait l'influence de ce développement de gaz sur la production de la gangrène? Comment les tissus en contact avec ces gaz se gangrènent-ils?

3° Enfin, en admettant que ces gaz jouent un rôle plus ou moins important sur la production de la gangrène, comment expliquer cette gangrène à distance, cette gangrène qui s'est développée dans le moignon , alors que M. Broca avait fait porter même la section des parties molles en dehors de la ligne occupée par l'emphysème? L'emphysème a-t-il pu être la cause de cette gangrène à distance?

M. CHASSAIGNAC. La question que vient de soulever M. Broca me paraît une des plus importantes de la chirurgie. Notre savant maître M. Velpeau est le premier qui se soit occupé avec soin de cette question. Pour ma part, je l'ai aussi beaucoup étudiée. M. Malgaigne, dans son *Traité des fractures*, pense qu'il faut attribuer cette production de gaz à la putréfaction. Il rapporte une analyse chimique qui aurait été faite, et dans laquelle on aurait trouvé des gaz analogues à ceux de la putréfaction. J'ai vu plusieurs cas semblables, et dans un des faits les plus curieux que j'ai observés, l'emphysème occupait l'avant-bras et la partie inférieure du bras; il s'était produit à la suite d'une fracture compliquée de plaies, chez un vieillard de soixante-six à soixante-sept ans. J'ai amputé le bras à la partie supérieure, et le malade a guéri.

J'ai remarqué que les cadavres des individus qui succombaient offraient une rapidité étonnante de décomposition. J'en ai conclu qu'il était au pouvoir d'une lésion traumatique violente d'ébranler et même d'empoisonner sur-le-champ l'économie.

Il est bien difficile, il faut l'avouer, d'établir pour ces cas une théorie satisfaisante. On a remarqué que les cadavres des suicidés se décomposent très-promptement, qu'ils donnent lieu très-vite à une production gazeuse abondante, générale. On peut, jusqu'à un certain point, admettre que l'influence morale , les pensées , les préoccupations qui dominent l'individu dans ces circonstances, peuvent ébranler fortement l'économie , l'anéantir en quelque sorte , et que cette influence nerveuse peut jouer un certain rôle dans cette production si prompte de gaz ; mais cette influence nerveuse , antérieure au traumatisme , n'existe pas quand il s'agit d'accidents et de développement consécutif d'emphysème.

Il y a donc dans ces cas, pour moi, une espèce d'empoisonnement immédiat, que je comparerai volontiers à l'intoxication des virus des serpents, qui se produit sous l'action d'un violent traumatisme. Pen-

dant que je remplaçais notre collègue M. Michon à l'hôpital Cochin, j'ai vu un grand nombre de blessés ayant des fractures compliquées de plaies. Or, parmi ceux-ci, les uns succombaient promptement avec ou sans production d'emphysème pendant la vie, et chez tous j'ai constaté que les cadavres se décomposaient avec une étonnante rapidité. Cette altération prompte des tissus, je ne puis l'attribuer qu'à une disposition particulière tenant au traumatisme violent auquel ces individus ont été soumis.

M. MOREL-LAVALLÉE. Il ne faut pas confondre l'emphysème spontané et l'emphysème traumatique. M. Velpeau a décrit l'un et l'autre; et, pour ma part, placé dans des hôpitaux où les accidents sont fréquents, j'ai pu observer un grand nombre de cas d'emphysème.

J'ai vu un cas d'emphysème spontané bien curieux; un de mes internes l'a rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux*. Un choréique, en tombant, se brise la rotule; il n'y avait pas trace de plaie ni de contusion; il est survenu un emphysème très-marqué, se propageant dans les deux cuisses, mais qui du reste a très-bien guéri. J'ai attribué cette production gazeuse à une influence nerveuse. Mais ce n'est pas de l'emphysème spontané qu'il s'agit ici.

J'ai observé plusieurs cas d'emphysème traumatique analogues à celui de M. Broca. Dans ces conditions, les muscles sont déchirés: ils se retirent dans leur gaîne; la peau se décolle et glisse sur l'aponévrose; l'os, en se réduisant, laisse en quelque sorte un vide dans le point où il faisait saillie. Toutes ces conditions me portent à penser qu'il y a là une espèce de mouvement de succion, de pompe, et que l'air extérieur entre et pénètre dans nos tissus. J'ai vu un blessé qui portait une plaie étendue gagnant jusque sous le grand pectoral, mais sans pénétrer dans la poitrine. Or pendant les contractions du muscle grand pectoral, l'air entrait dans la plaie et en ressortait dans l'expiration. Ce qui se produisait dans ce cas peut être rapproché de ce qui a lieu dans les fractures avec plaie, et l'on peut, je crois, admettre que c'est l'air extérieur qui vient produire cet emphysème traumatique, qui se manifeste immédiatement après la blessure, sans gangrène, sans décomposition apparente de nos tissus.

L'objection tirée de l'analyse des gaz n'a pas une très-grande portée, il faudrait que cette analyse fût faite au moment même où l'emphysème se produit; plus tard, l'air est déjà décomposé, et l'analyse chimique ne prouve plus rien contre la théorie que j'invoque.

Quant au pronostic, je pense qu'on en a exagéré la gravité. Cet emphysème spontané, subit, ne me paraît pas aussi sérieux qu'on avait pu le croire autrefois. J'ai vu plusieurs cas de guérison, entre autres celui d'une belle jeune fille de dix-sept ans qui était tombée

dans les catacombes, et qui avait une fracture de la jambe avec plaie et production d'emphysème. C'est un des cas les plus graves de fracture compliquée que j'aie rencontrés.

Dans le fait dont parle M. Broca, je pense qu'il ne faut pas rapporter la gangrène du moignon à l'emphysème. Il y a eu coïncidence, et il s'est fait là un sphacèle comme on en voit à la suite de certaines amputations dans des cas où il n'existe pas d'emphysème au moment de l'opération. Peut-être faut-il tenir compte de l'ossification des artères.

M. LEGOUEST. Je veux surtout examiner un point dans la communication de M. Broca : le sphacèle du moignon. Ce n'est pas un fait très-rare dans la pratique des armées, dans les amputations qui sont faites soit sur les champs de bataille, soit dans les hôpitaux improvisés. J'en ai vu beaucoup en Orient, et à Constantinople, où étaient évacués les blessés et les amputés. Dans ces cas, ces accidents pouvaient être rapportés à l'encombrement et à la pourriture d'hôpital. Ces amputations étaient faites sur des blessés qui étaient déjà dans de mauvaises conditions. Chez ces hommes soumis à des privations, fatigués, il pouvait bien survenir quelque chose d'analogue à l'intoxication charbonneuse. Or les plaies présentaient précisément cette teinte verdâtre, pultacée, sur laquelle M. Broca a appelé notre attention. Il me semble donc, sans nier l'influence qui a pu se produire sur le malade de M. Broca, qu'il n'est pas nécessaire, pour expliquer ce sphacèle du moignon, de chercher une relation de cause à effet entre l'emphysème traumatique et le développement de la gangrène consécutive à l'amputation.

M. FOLLIN. Depuis que notre excellent maître M. Velpeau a étudié l'emphysème traumatique, depuis la thèse d'un de ses élèves, M. Bouraud, on a recueilli un grand nombre de faits. On peut les ranger en deux catégories : les uns ont rapport à un emphysème qui se produit par suite des mouvements des parties dilacérées ; les autres sont le résultat de la décomposition des liquides.

M. Goffres a fait sur des chevaux une série d'expériences rapportées par un journal de Toulouse. On pratiquait une plaie étendue, intéressant la peau, l'aponévrose et même les muscles, puis on faisait courir l'animal ; il se produisait un emphysème peu étendu, et guérissant sans accidents. Ces expériences peuvent être rapprochées du fait de M. Morel, dans lequel il existait une plaie de l'aisselle allant jusque sous le muscle grand pectoral.

Dans d'autres cas, on a analysé les gaz qui s'étaient produits, et on a trouvé de l'hydrogène protocarboné, etc. Tel est le fait rapporté par M. Malgaigne. Mais ces analyses laissent encore à désirer.

Ces observations peuvent être rapprochées de ce qui se passe à la suite de l'introduction des virus des serpents.

Les faits rapportés par Fabrice de Hilden, Dionis, A. Paré, dans lesquels des individus, pour inspirer la pitié, insufflaient de l'air sous la peau au point de produire des difformités hideuses et repoussantes, peuvent être classés dans la première catégorie.

Le pronostic est différent pour ces deux ordres de faits. Dans le premier cas, innocuité presque complète; dans le second, au contraire, la mort est presque toujours la terminaison fatale de cette complication. Dans le premier cas, il y a introduction dans les mailles du tissu cellulaire de l'air ambiant; dans le second, les gaz sont dus à la décomposition des liquides de l'économie.

M. BROCA. Jusqu'à présent la question a peu avancé, et je reste dans une incertitude assez grande. Je ne vois pas encore de théorie satisfaisante pour expliquer la production de l'emphysème et la gangrène si prompte du moignon de mon amputé. Voici une idée de M. Maisonneuve qui m'avait toujours paru fort hasardée, mais qui pourrait avoir dans ce cas un certain degré d'admissibilité. M. Maisonneuve prétendait que ce développement si rapide des gaz était le résultat du traumatisme; qu'au moment même de l'accident, et sans qu'on aperçût les signes de la gangrène, la gangrène existait déjà; qu'au moment du traumatisme, les tissus étaient frappés de mort; que dès lors la putréfaction marchait très-vite; que la décomposition avait lieu immédiatement. Mais, pour le cas que j'ai observé, je comprends peu, je l'avoue, une gangrène si prompte, et je comprends moins encore ce sphacèle du moignon, ce sphacèle à distance.

Or, chez mon malade, la gangrène a marché si vite qu'il est difficile de ne pas admettre une relation de cause à effet. Quel est ici l'effet? quelle est la cause? Est-ce l'emphysème qui a produit la gangrène, ou la gangrène l'emphysème? Il n'y avait pas de gaz dans le point où a porté le couteau, et pourtant le moignon s'est sphacélé. Malgré tous ces rapprochements, je ne vois rien qui vienne me mettre sur la voie de la solution que je cherche.

M. VOILLEMIER. Je commence par laisser de côté les cas dans lesquels la plaie communique avec l'air extérieur ou avec la poitrine; j'insiste surtout sur les fractures avec emphysème consécutif, si bien étudiées par M. Velpeau.

Dans le premier moment, il y a attrition et mortification des parties blessées; mais il y a, en outre, déchirure du tissu cellulaire; il se forme des espèces de poches, et sous l'influence de la chaleur les liquides épanchés dans ces poches se vaporisent et forment des gaz. J'ai vu un malade qui avait reçu un violent coup de bâton sur la

cuisse ; il y avait une vaste poche, sans plaie extérieure, et dans cette poche il y avait peu de liquide, mais beaucoup de gaz. Des résolutifs furent appliqués, et la guérison eut lieu. Or si les gaz avaient été le résultat d'une décomposition gangréneuse, pareille guérison n'eût pas été obtenue.

Lorsqu'il y a une contusion profonde, il peut en résulter la production de gaz et de la gangrène : dans ces circonstances, ces deux accidents réagissent l'un sur l'autre ; la gangrène marche d'autant plus vite qu'il y a des gaz, et *vice versa.*

Dans le fait de M. Broca, peut-être l'accident a-t-il produit une modification dans l'état des tissus amputés; il ne faut pas toujours juger qu'un tissu est sain parce qu'il a toutes les apparences de l'état normal après un traumatisme violent : après vingt-quatre heures, la nature n'a pas encore commencé son travail de réaction. Dans un cas semblable à celui qui nous est soumis, je me rappelle avoir pratiqué une amputation, et avoir vu aussi la gangrène se déclarer immédiatement après l'opération.

M. VELPEAU. Dans le fait qui nous a été communiqué par M. Broca, je vois trois points également intéressants à examiner : l'origine du gaz dans l'emphysème traumatique, la gravité de cette complication au point de vue du pronostic, et le traitement qu'il convient de mettre en usage.

Je mets de côté, bien entendu, l'emphysème spontané, pour ne m'occuper que de l'emphysème traumatique proprement dit, emphysème qui se produit à la suite d'une violence extérieure, portée au point de déterminer une solution de continuité à la peau et souvent une ou plusieurs fractures.

La première idée qui s'est présentée à mon esprit est celle de l'introduction de l'air extérieur, et cette explication me paraît bien simple. Les muscles en se retirant et en jouant dans leur gaîne, les frottements de la peau sur l'aponévrose, le mouvement de va-et-vient du fragment osseux qui a percé les téguments, toutes ces conditions, ainsi que l'a établi tout à l'heure M. Morel, sont suffisantes pour admettre qu'il y a en quelque sorte dans un membre un mouvement d'aspiration, et par suite entrée de l'air extérieur.

Les expériences de M. Goffres rappelées par M. Follin, le fait de M. Morel, viennent à l'appui de cette théorie. Je ne peux pas m'expliquer d'une autre manière, je l'avoue, cette production si prompte, si instantanée de gaz. Est-il possible d'admettre que la gangrène ait pu en un quart d'heure amener la production de ces gaz? Chez les malades qui ont guéri après avoir présenté une telle complication, chez ceux même qui ont succombé, il est le plus ordinairement ar-

rivé que l'on n'a pas trouvé de traces de gangrène plus ou moins étendue.

Le premier malade chez lequel j'ai observé et étudié cet accident est entré dans nos salles à la Pitié. C'était un grand garçon, qui vendait des mottes dans la rue, et qui était tombé de sa charrette. Il se fit une fracture de jambe avec plaie et issue du fragment supérieur du tibia. La plaie siégeait près des malléoles. Je le vis deux heures à peine après l'accident; il n'y avait aucune réaction dans la jambe ni autour de la plaie, et il y avait déjà de l'emphysème. Ce malheureux mourut quarante-huit heures après son entrée à l'hôpital; il n'y avait aucune trace de gangrène à la jambe.

Quelques années plus tard, je vis un autre blessé qui s'était fracturé la jambe en voulant monter dans un omnibus avant que la voiture fût arrêtée. Il se releva, courant après l'omnibus, qui était en marche, en s'appuyant sur le fragment supérieur de son tibia. L'os sortait à travers la peau. Je fus appelé une heure après l'accident, et déjà de l'emphysème existait. Est-ce la gangrène qui en une heure avait provoqué ce développement de gaz?

Les analyses qui ont été faites laissent trop à désirer pour qu'elles puissent être invoquées avec autorité pour résoudre cette question. A l'analyse citée par M. Malgaigne, je pourrais opposer l'analyse des gaz contenus dans les tissus de la jambe de mon premier malade. M. Soubeiran, qui fit cette analyse, ne trouva que de l'air. Nous devons tenir compte des expériences faites de nos jours, de celles, par exemple, de MM. Demarquay et Leconte. L'air emprisonné dans nos tissus change de caractère, et on ne le retrouve plus tel qu'il a été introduit. Il faudrait donc de nouvelles expériences faites sur des gaz au moment où on constate leur présence, sur des gaz quelque temps après l'accident, et surtout tenir compte de l'état des parties blessées, constater avec soin s'il existe ou non de la réaction, etc. J'ajouterai que ces analyses sont bien difficiles, car au début la quantité de gaz est bien peu considérable.

Je citerai encore, à l'appui des preuves que l'on peut invoquer pour éloigner l'idée que la production des gaz a lieu sous l'influence de la gangrène des tissus, l'observation suivante : chez une femme, je constate l'existence d'emphysème traumatique à la suite de fracture de jambe compliquée de plaie; il survient une inflammation diffuse; je fais plusieurs incisions. Cette femme guérit et ne présenta jamais trace de gangrène.

Ce n'est pas à dire que, à la suite d'un traumatisme violent, d'une plaie plus ou moins grave, il ne puisse pas se développer des gaz dépendant d'un sphacèle plus ou moins étendu; mais dans ces circon-

stances, les gaz ne se montrent pas immédiatement après l'accident, mais après la réaction qui suit la violence extérieure.

M. Chassaignac a tout à l'heure appelé notre attention sur une théorie qui me paraît devoir être prise en sérieuse considération, pour expliquer certains cas d'emphysème traumatique et surtout spontané.

Quant à la gravité résultant de cette complication, je crois qu'elle n'est pas aussi grande que je l'avais cru tout d'abord. Dans la thèse fort bien faite de M. Bourraud, on trouvera relatés un certain nombre de cas de guérison. La gravité dépend bien plutôt de la blessure elle-même que de l'emphysème qui vient la compliquer. L'emphysème est l'indice d'une lésion profonde, étendue, avec vastes épanchements, grands décollements, attrition des parties molles. C'est surtout en ce sens que l'emphysème constitue une grave complication.

Le traitement doit donc varier en raison de la blessure elle-même : Ici, avec des délabrements considérables, l'amputation est indiquée : là, il faut se borner aux résolutifs, aux antiphlogistiques, aux émollients, suivant les circonstances.

Pour le fait de M. Broca, s'il y a eu sphacèle du moignon, je crois que ce sphacèle est indépendant de l'emphysème. M. Broca avait, du reste, pratiqué son amputation de telle sorte, que l'emphysème ne devait jouer aucun rôle dans la production de la gangrène.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

M. BÉRAUD présente, au nom de M. Danyau et au sien, un fœtus qui offre une monstruosité remarquable à plusieurs points de vue. Ce fœtus du huitième mois est né vivant, et a vécu cinq ou six heures. Il avait au niveau de la fontanelle antérieure plusieurs petites tumeurs, dont l'ensemble avait le volume d'un petit œuf, avec pédicule se prolongeant dans la cavité crânienne. Du sommet de cette tumeur part une sorte de cordon, qui, après un trajet plus long que le corps du fœtus, vient s'enrouler autour de la partie inférieure de la jambe gauche. Là cette membrane, en forme de cordon, a produit la section de la peau jusqu'à l'aponévrose. Après avoir fait deux fois le tour de la jambe, cette corde vient se continuer avec l'amnios au niveau de la face fœtale du placenta. Le pied est infiltré au-dessous du point serré de la jambe.

La Société ayant décidé que ce fœtus serait dessiné, l'observation complète en sera donnée en même temps que les dessins.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 15 mai 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Mazel, d'Anduze (Gard), adresse deux observations manuscrites intitulées : 1° *Subluxation en arrière du condyle externe du fémur*, etc.; 2° *Kyste hydatique du foie, ponction capillaire*, etc. (Commissaire, M. Morel-Lavallée.)

— M. Depaul présente, de la part de l'auteur, M. le docteur Alvarenga, un volume intitulé : *Anatomia pathologica e symptomatologia de febre amarella em Lisboa*. Lisbonne, 1861, in-8°. (Commissaire, M. Broca.)

— M. Follin communique une observation curieuse de **corps étranger introduit dans le rectum**, recueillie et adressée à la Société par M. Closmadeuc.

Le nommé V. A..., enfant naturel, né à Rouen, âgé de quarante et un ans, est un forçat condamné par la cour d'assises d'Ille-et-Vilaine (17 novembre 1848) à quinze ans de fers pour vol qualifié, signalé comme extrêmement dangereux, et s'étant déjà évadé une fois du bagne de Brest.

Le 22 mai 1855, ce forçat entre à la prison de Vannes conduit par la gendarmerie et ramené de Napoléon-Vendée, où il vient de comparaître en qualité de témoin dans une affaire d'assises.

Trois jours après son entrée en prison, dans la journée du 25 mai, il est pris d'une indisposition subite : douleurs abdominales, constipation, nausées, fièvre... Il n'a pas de hernie, et cependant, dès le lendemain, des symptômes bien tranchés d'étranglement interne se manifestent avec violence : vomissements incoercibles ; coliques atroces, ballonnement du ventre, etc.

Mon honorable confrère le docteur de Quéral, médecin de la prison, diagnostique une péritonite aiguë, et le traite en conséquence. Le prisonnier, qui sent que son état s'aggrave, finit par avouer au médecin qu'il a l'habitude de cacher quelques pièces d'argent dans un sachet de toile, et qu'il le soustrait ordinairement à la surveillance des gardiens en l'introduisant dans le rectum.

Le cathétérisme rectal à l'aide des doigts ne donne aucun résultat ; une longue pince à polype poussée dans le rectum ne rencontre aucun corps étranger. L'intestin est vide jusqu'au muscle d'O'Beirne.

Les symptômes vont en augmentant de gravité. De plus, à travers les parois abdominales, dans le flanc gauche, vers la région colique descendante, le docteur reconnaît la présence d'une tumeur volumineuse, dure et douloureuse à la pression. Sont-ce des matières fécales accumulées ? ou bien est-ce le corps étranger qu'on cherche ? Le malade donne alors une deuxième version. Ce n'est plus un sachet de toile ; c'est, dit-il, un bâton rond fendu, dans la fente duquel il a empilé quelques pièces d'argent, maintenues par des tours de fil ; dans un moment d'alerte, il a introduit l'appareil par le bout pointu au lieu de le présenter par l'extrémité mousse, et l'accident a été causé par cette erreur.

Bref, la péritonite marchant toujours, le forçat meurt le 2 juin, le septième jour de la maladie, dix jours après son entrée dans la prison de Vannes.

En l'absence de M. le docteur de Quéral, l'autopsie est pratiquée le lendemain (3 juin) par M. le docteur Dantu, qui constate les signes d'une péritonite aiguë avec épanchement séreux dans l'abdomen et développement de fausses membranes, une distension énorme du cœcum et du côlon ascendant par des gaz, sans perforation, et rencontre dans le côlon transverse un corps étranger volumineux, c'est-à-dire un étui cylindro-conique, ayant son extrémité conique dirigée vers le cœcum, et sa grosse extrémité tournée à gauche.

Le procès-verbal d'autopsie est du 3 juin 1855, et signé du docteur Dantu.

L'étui en question était enveloppé d'une lame de crépine transparente (épiploon d'agneau) faisant l'office de gaîne de baudruche.

Le poids total était de 650 grammes.

Arrêtons-nous maintenant, et faisons le dénombrement des pièces qui composent ou que contient l'étui (*suivant procès-verbal dressé après l'autopsie*) :

1° Une enveloppe de crépine destinée à éviter le contact du métal avec la muqueuse rectale, et peut-être aussi à faciliter l'extraction ;

2° L'étui cylindro-conique en fer battu formé de deux pièces d'une longueur de 0,16 sur 0,14 de circonférence ;

3° Un tube en fer provenant d'un canon de fusil, coupé en croix à une de ses extrémités (longueur, 0,10) ;

4° Une vis en fer trempé ;

5° Un écrou du même métal ;

6° Une clef à dévisser à œillade octogonale ;

(Ces quatre derniers objets, en s'agençant, peuvent composer un cric d'une très-grande puissance capable de tordre et d'écarter les barreaux d'une fenêtre.)

7° Une scie d'acier fondu pour entamer le bois (0,10);

8° Une scie de même métal pour attaquer les métaux (0,10);

9° Une mèche ou fût de vrille;

10° Un tiers-point ou lime prismatique (0,09);

11° Une pièce de 2 fr. et quatre pièces de 1 fr. (argent) liées ensemble avec du fil blanc;

12° Un morceau de graisse pour entretenir les instruments.

Si je ne me trompe, cela fait treize objets renfermés dans l'intérieur de l'étui, qui lui-même comprend deux pièces, y compris le couvercle.

Après avoir poussé un cri d'étonnement à la vue de cet énorme et pesant étui, contenant tout un bagage de voleur et servant à la fois d'arsenal et de coffre-fort, j'ai été naturellement amené à désirer quelques renseignements sur les habitudes des galériens en matière de recel.

Voici ceux que le gardien-chef de la maison d'arrêt de Vannes m'a donnés :

Il n'est pas rare de voir les prisonniers de la pire espèce cacher dans le rectum des objets suspects ou de l'argent, mais ordinairement ces objets sont peu volumineux. Les étuis destinés à cet usage, et que les forçats appellent des *nécessaires*, n'ont guère plus de 2 ou 3 centimètres de longueur. L'étui qui fait le sujet de l'observation est le plus gros que le gardien-chef ait jamais vu. Ces étuis ont presque tous la même forme; ils ont une extrémité conique, et l'introduction se fait par le gros bout, l'extrémité conique regardant l'anus quand l'étui est en place. Il en résulte que l'expulsion du corps étranger se fait avec une très-grande facilité. Notre forçat, craignant une brusque visite, aura sans doute par mégarde ou dans sa précipitation introduit son *nécessaire* par le bout conique : de là l'accident. Telle est l'explication du gardien-chef. Elle concorde assez bien avec les demi-confidences du malade, qui jusqu'à la mort a persisté dans sa deuxième version, d'un instrument en bois qu'il a eu le malheur de *faire pénétrer par l'extrémité pointue*.

Ce qui est certain, c'est qu'en sept jours le corps étranger a parcouru successivement le rectum, l'S iliaque, le côlon descendant, pour s'arrêter au milieu du côlon transverse, où l'autopsie l'a fait découvrir.

— M. Closmadeuc envoie en même temps quelques dards de pastenaque. C'est un dard semblable qui avait occasionné la blessure, et

par suite l'anévrysme que M. Closmadeuc a récemment communiqué à la Société.

La Société décide que l'observation de M. Closmadeuc sera insérée dans nos *Bulletins,* et que le dessin envoyé par M. Closmadeuc et représentant l'étui et les divers objets qu'il renferme, sera reproduit sur une planche ajoutée à la fin du volume.

Fin de la discussion sur l'emphysème traumatique.

M. CHASSAIGNAC ajoute quelques mots pour compléter ce qu'il a dit dans la dernière séance. On peut rapprocher ce qui se passe dans ces traumatismes violents de cette stupeur que l'on observe à la suite des plaies par armes à feu. A l'époque où furent étudiées les premières plaies d'arquebuse, les chirurgiens, frappés des accidents graves qui les compliquaient, et de la décomposition rapide des cadavres, avaient été portés à admettre que les projectiles étaient empoisonnés : plus tard on chercha à rapporter ces accidents aux mâchures des balles. Pour nous, la partie blessée est frappée de stupeur, et il y a un empoisonnement immédiat soit du membre blessé, soit de tout l'organisme.

Cet ébranlement nerveux, cette stupeur nous expliquent et l'exhalation des gaz dans certains cas d'emphysème, et la décomposition rapide des cadavres.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je désire compléter ce que j'ai dit dans la dernière séance.

Il ne faut pas confondre l'infiltration gazeuse avec la production de collections gazeuses. Dans le premier cas les gaz ne rencontrent pas de barrière, et ils s'étalent dans les mailles du tissu cellulaire ; dans le second cas, au contraire, ils sont renfermés dans une poche. Pour que ceci se produise, il faut qu'il y ait une cavité toute constituée, soit un kyste, soit un épanchement sanguin, soit un abcès, etc. Dans les autres circonstances, les gaz n'ont pas de tendance à rester en place, et à constituer une poche. Rien ne les arrête, et ils s'infiltrent de proche en proche dans le tissu cellulaire. Aussi je n'admets pas, et je suis heureux de m'appuyer sur la grande autorité de M. Velpeau, ce développement subit, instantané, de poches gazeuses énormes, à la suite de certains efforts, dans les réductions de luxations, par exemple.

Je fais allusion à un fait de Desault bien connu : Pendant les efforts faits pour réduire une luxation scapulo-humérale, Desault vit se produire dans l'aisselle une énorme poche, qu'il crut être remplie d'air. S'il s'était produit de l'emphysème dans de semblables conditions, l'air se serait infiltré dans les mailles du tissu cellulaire ; il n'y avait

aucune circonstance dans ce fait capable d'expliquer la formation d'une collection gazeuse. On aura pris pour un signo d'emphysème un symptôme, bien décrit par M. Velpeau, d'épanchement sanguin. Je rejette donc ces cas d'emphysème subit, spontané, sans plaie extérieure, sans communication avec la poitrine.

Quant à la production spontanée et plus ou moins prompte de l'emphysème dans certaines poches purulentes ou sanguines, elle a été constatée par tous les chirurgiens. Mais je ne saurais admettre, pour expliquer ce phénomène, la théorie dc M. Voillemier. Il n'y a pas de vide dans ces poches, dans ces décollcments, et ce n'est pas non plus avec une température de 40° centigrades que l'on peut admettre une évaporation des liquides. Dans ces circonstances, j'admettrai bien plus volontiers que les gaz se forment sous une influence nerveuse.

Mais quand l'emphysème est subit, qu'il se produit presque au moment de l'accident, qu'il existe une plaie aux téguments, alors je n'ai plus besoin de cette influence nerveuse, et j'explique mécaniquement la production de cet emphysème. Je reviendrai donc en quelques mots sur cette théorie mécanique.

Supposez un muscle renfermé dans sa gaîne, il y a une plaie qui, après avoir ouvert les téguments, a pénétré dans cette gaîne vers une partie rapprochée du tendon. Au moment où le muscle se contracte, il se raccourcit, l'air passe par l'ouverture et entre dans l'étui musculaire. Après la contraction, le relâchement; les fibres musculaires, en revenant à leur position première, chassent l'air hors de leur gaîne et le refoulent dans le tissu cellulaire ambiant.

Que ces mouvements se répètent, et voilà une véritable pompe aspirante et foulante, amenant l'air dans la gaîne musculaire et le poussant dans les mailles du tissu cellulaire.

Ces phénomènes s'expliquent plus facilement encore pour les plaies des parois thoraciques. Ils peuvent se présenter même quand la plaie n'a pas traversé l'aponévrose d'enveloppe d'un membre, par le simple glissement de la peau sur l'aponévrose, ainsi que cela avait lieu dans les faits rappelés par M. Follin.

J'ai reçu tout récemment dans mes salles un jeune homme qui portait à la cuisse une plaie simple, et qui, n'intéressant que les téguments, s'arrêtait à l'aponévrose. Il est survenu un emphysème très-étendu, qui a guéri promptement, sans complications, sans accidents.

Il n'y avait eu chez ce malade ni stupeur, ni gangrène, ni évaporation, ni exhalation, mais introduction de l'air extérieur à travers la plaie de la cuissc, et par suite du frottement de la peau sur l'aponévrose et du jeu des muscles sous-aponévrotiques dans leurs gaînes.

Il y aurait mêmc lieu dc s'étonncr quc cet cmphysème nc fût pas

plus fréquent, si l'on ne songeait pas aux obstructions si promptes de ces plaies soit par l'aponévrose, soit par des lambeaux du tissu cellulaire, etc.

Je dirai donc avec M. Velpeau qu'il ne faut pas trop s'effrayer de la production de cet emphysème qui arrive *immédiatement* après une violence extérieure ; que cette complication n'est grave que par la gravité même de la lésion avec laquelle elle s'est produite. Ainsi, chez ce jeune homme dont je viens de vous parler, l'emphysème n'a amené aucun accident ; chez cette jeune fille tombée dans les catacombes, et que j'ai citée dans la dernière séance, ce n'est pas parce qu'il y avait de l'emphysème que la lésion était grave, mais plutôt parce que avec cette infiltration gazeuse il y avait des désordres très-considérables dans le membre.

J'ai cité dans le cours de la discussion deux cas dont on lira, j'espère, les observations avec intérêt.

Voici un de ces faits remarquable et peut-être unique.

Fracture transversale de la rotule gauche sans plaie; emphysème des deux cuisses. — Le 6 octobre 1859 est entré dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 23, C..., âgé de vingt-deux ans, employé au théâtre de la Gaîté. C'est un jeune homme chétif, affecté depuis douze ans d'une hémichorée droite survenue à la suite de convulsions.

Le jour même, en courant prendre sa place dans un train à la gare de Vincennes, il était tombé sur le genou gauche, et n'avait pu se relever.

A la visite du lendemain, il est facile, malgré le gonflement du genou, de constater une fracture transversale de la rotule. Les fragments, écartés de 4 centimètres, sont difficilement ramenés au contact; sans doute en partie à cause de l'hydarthrose assez considérable qui se prononce dans leur intervalle.

Les téguments sont parfaitement intacts. Le creux du jarret présente une ecchymose, qui a évidemment sa source au foyer de la fracture, puisque la région antérieure de l'articulation a seule porté dans la chute. Le membre est placé dans l'extension sur un plan incliné. — Cataplasme ; potion calmante.

Le huitième jour, le dégonflement du genou permet d'appliquer mon appareil spécial des fractures de la rotule.

Cet appareil consiste :

1° En deux lacs semi-elliptiques, s'attachant par leurs extrémités aux côtés de la gouttière en fil de fer, et dont la partie moyenne passe par l'un au-dessus du fragment supérieur; par l'autre, au-dessous du fragment inférieur;

2° Un troisième lacs vertical, fixé aux deux précédents, au-devant de la rotule, les rapproche et s'oppose au mouvement de bascule des fragments en avant.

Tout alla bien pendant trois jours, puis une douleur vive, qui semblait avoir pris naissance sous le lacs supérieur et remontant à la face antérieure de la cuisse jusqu'à l'arcade crurale, m'obligea à desserrer le lacs sous lequel la peau offrait cependant son aspect normal. La pression fut réduite à un degré très-modéré; mais la douleur, qui avait troublé le sommeil de la nuit, persista toute la journée sous forme d'élancements.

Le lendemain, treizième jour de l'accident, je constatai un emphysème très-caractérisé à la face antérieure de la cuisse gauche, dans toute la longueur, mais prononcé surtout dans la direction des vaisseaux fémoraux, et d'autant plus qu'on se rapproche davantage du ligament de Fallope. La crépitation est très-fine et se produit à la moindre pression.

L'interne de la salle, M. Bosia, qui l'avait notée la veille au soir, trouve qu'elle s'est étendue.

La douleur a diminué.

Le quatorzième jour, la douleur a disparu ; mais l'emphysème a gagné le côté externe de la cuisse.

Le seizième jour, l'emphysème apparaît dans la cuisse droite, où il offre le même caractère, les mêmes limites et la même distribution qu'à la cuisse gauche ; il y semble seulement un peu moins abondant. Ce membre, qui était le choréique, ne portait pourtant aucune trace de violence extérieure, et le malade ne s'en était jamais plaint. Quelques douleurs dans la région antérieure de la cuisse y avaient seulement précédé, comme de l'autre côté, le développement de l'emphysème. Je recherchai avec soin si ces deux emphysèmes se rejoignaient par la paroi abdominale, mais je n'y pus découvrir aucune crépitation.

Est-il besoin de faire remarquer qu'il n'y avait à la poitrine ni fracture de côte, ni contusion, ni emphysème ?

Au bout de dix jours, la crépitation ou mieux le gaz qui la produisait avait entièrement disparu.

Le sujet était choréique ; n'est-il pas rationnel d'attribuer l'exhalation de ce gaz à une perturbation nerveuse déterminée par le traumatisme ?

Quant à la fracture de la rotule, dont l'histoire complète trouvera sa place ailleurs, au quarantième jour elle était consolidée avec un cal robuste d'un centimètre de long seulement; la marche se fait *sans la moindre roideur*.

La seconde observation a été recueillie sous mes yeux par M. Blot, interne de service.

Emphysème sous-cutané de la cuisse, compliquant une plaie contuse superficielle, sans aucune fracture. — Le 20 février 1861 est entré, au nº 43 de la salle Saint-Pierre (hôpital Necker), un nommé D..., âgé de quarante-quatre ans, carrier, demeurant avenue Saint-Charles, nº 34, 15me arrondissement; né à Beuville (Somme), marié.

Le malade a été trouvé sur la voie publique dans un état d'ivresse complète, aussi ne peut-il donner aucun renseignement sur ce qui lui est arrivé.

A la face interne de la cuisse droite, un peu au-dessous de la région moyenne, sur le trajet de la portion interne du couturier, il existe une petite plaie, large comme une pièce de 1 franc, à bords déchiquetés, autour de laquelle la peau est excoriée dans une assez grande étendue. Un stylet introduit par cette plaie fait reconnaître un décollement permettant d'introduire sous toute la circonférence le tiers du stylet. Les doigts promenés sur la cuisse rencontrent une crépitation très-abondante et très-nette due à un emphysème sous-cutané étendu du pli de l'aine à l'articulation du genou, et étendu sur les faces antérieure et interne de la cuisse. (Le malade est encore sous l'influence de l'ivresse.) Un pansement au cérat est appliqué sur la plaie.

Vers le cinquième jour, il n'y a plus trace d'emphysème.

La plaie n'a été le siége d'aucun accident.

Le 4 mars, le malade sort complétement guéri.

Cette observation montre avec la dernière évidence que le jeu des muscles peut produire l'effet de la pompe à travers l'aponévrose intacte, jusqu'à la peau, et aspirer l'air dans le tissu cellulaire par une ouverture tégumentaire.

M. GIRALDÈS. On ne se préoccupe pas assez dans cette question de l'élément nerveux. Or l'ébranlement du système nerveux est tel qu'il y a stupeur, anéantissement de l'économie, et, sous cette influence, tout est modifié, surtout les liquides et les sécrétions. J'ai vu dans le service de M. Velpeau plusieurs malades présentant de l'emphysème; il y avait chez eux une dépression considérable, une physionomie ataxique toute particulière. Tout l'organisme est anéanti. Il y a une dizaine d'années un chirurgien anglais, M. James, s'est demandé s'il n'y avait pas, à la suite de ces perturbations, une modification dans l'état du sang. Ses recherches laissent à désirer; mais elles ont servi à démontrer que dans ces circonstances les sécrétions, les liquides de l'économie, le sang, se trouvent modifiés.

Cette question, sur laquelle M. Chassaignac a appelé l'attention, me paraît des plus importantes.

M. LARREY. L'emphysème traumatique dit spontané complique quelquefois les grandes blessures ou les mutilations des membres, comme les plaies d'armes à feu par de gros projectiles ou les fractures comminutives par écrasement, ainsi que M. Velpeau en a donné, le premier, la description pour certaines fractures.

La commotion générale avec stupeur, ébranlement ou perturbation du système nerveux, ou la commotion locale avec attrition plus ou moins profonde, dilacération et souvent mortification des parties molles, infiltration sanguine et décomposition des liquides, d'où formation de gaz, telles sont les principales conditions qui, dans les blessures graves par armes de guerre, comme dans les violents traumatismes décrits par M. Voillemier, m'ont paru provoquer le développement de l'emphysème.

Je crois aussi que dans bien des cas la production rapide, presque instantanée, de cet emphysème est tantôt la cause, tantôt l'effet, soit manifeste, soit latent, de la décomposition putride, de la gangrène ou de la pourriture d'hôpital, qu'il ne faut pas d'ailleurs confondre ensemble. J'en ai vu, chez les nombreux blessés de la campagne d'Italie, quelques exemples heureusement assez rares, grâce aux mesures hygiéniques que nous avions prises contre les influences si redoutables de l'encombrement. M. Legouest a fait la même observation.

On conçoit enfin que dans des circonstances particulières, comme l'indiquent les expériences de M. Goffres et les remarques de M. Morel-Lavallée, la pénétration de l'air puisse s'effectuer de l'extérieur vers l'intérieur des tissus et principalement sous la peau. C'est ce que l'on découvre quelquefois chez des conscrits, de même que chez des mendiants, sous forme de tumeur ou d'infiltration gazeuse artificieusement provoquée. Mais dans les cas de ce genre les effets de l'emphysème tendent à se limiter, et ne sont point comparables à ceux qui surviennent spontanément dans l'épaisseur des membres ou dans leur continuité, après un violent traumatisme.

C'est pourquoi, au milieu des difficultés du diagnostic, il importe de différencier les conditions dans lesquelles se produit l'emphysème traumatique, soit par attrition et décomposition des tissus, soit par exhalation, ou bien par putréfaction, par gangrène, ou par une sorte d'intoxication, comme le pense M. Chassaignac.

Il y a lieu, en définitive, de restreindre la discussion dans les termes où elle a été posée par M. Broca en commençant, et j'admettrais dans ce cas-là volontiers la production instantanée de l'emphysème,

avec son développement rapide, avant l'amputation de la jambe, avant même la manifestation de la gangrène dans le moignon.

M. BROCA. J'avais d'abord pensé à appeler l'attention sur les dangers de l'emphysème dans certains cas, après un traumatisme violent. Or M. Morel s'est presque exclusivement renfermé dans la défense de sa théorie mécanique pour expliquer la présence de cette infiltration gazeuse. Sans doute, à la suite de certaines plaies, notamment des plaies de poitrine, on a vu quelquefois se développer de l'emphysème, et on a pu en expliquer la formation par l'entrée de l'air extérieur à travers les mailles du tissu cellulaire. Mais cet emphysème n'est pas grave, et ne peut, je crois, être mis à côté de celui que j'ai observé chez le blessé dont j'ai entretenu la Société. Il y a là deux ordres de faits tout à fait distincts. Mon malade a été renversé, et a eu la jambe prise sous un énorme bloc de pierre ; il a fallu longtemps pour le dégager ; il a été de suite apporté à Bicêtre ; où sont ici les mouvements de pompe aspirante et foulante pour expliquer l'entrée de l'air extérieur dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-aponévrotique?

M. Morel, dans les cas où il n'y a pas de plaie, admet la production de l'emphysème par exhalation : pourquoi cette même cause ne pourrait-elle pas donner lieu aux mêmes effets dans les cas où il y a une plaie?

J'écarte donc l'idée de l'introduction de l'air extérieur dans les cas semblables à celui dont j'ai entretenu la Société. J'ai trouvé dans la discussion, surtout dans ce que nous a dit M. Voillemier, les éléments d'une théorie satisfaisante. Je m'étais demandé si c'étaient les gaz qui produisaient la gangrène, ou si c'était la gangrène qui leur donnait naissance. Il est possible, a dit M. Voillemier, que ces deux phénomènes soient deux effets d'une même cause, ce qui expliquerait pourquoi ces deux effets se montrent tantôt simultanément, tantôt séparément, tantôt en même temps, au même moment, tantôt à des intervalles plus ou moins éloignés. Laissant de côté l'idée d'évaporation, mot dont M. Voillemier s'est servi pour rendre sa pensée, je crois que l'on peut dire qu'une contusion, qu'un traumatisme violent peuvent produire une attrition de nos tissus, dont le résultat sera la *gangrène*, et un ébranlement, une perversion du système nerveux, dont le résultat sera l'*emphysème*.

J'admets cette hypothèse : aussi trouvé-je que M. Morel-Lavallée a singulièrement exagéré l'innocuité de cet emphysème, si tant est que quelques chirurgiens aient eu de la tendance à exagérer la gravité de cette complication.

M. MOREL-LAVALLÉE. Les cas dans lesquels il se produit de

l'emphysème sans plaie extérieure sont excessivement rares. Ces faits donc ne peuvent pas être pris comme termes de comparaison avec les plaies plus ou moins graves compliquées d'emphysème. M. Broca admet plutôt l'exhalation pour expliquer les cas d'emphysème, et il rapproche même deux complications qui pourtant sont bien plus souvent isolées que réunies : gangrène et emphysème. Les cas d'emphysème avec gangrène sont excessivement rares (et je rejette même le fait cité par M. Broca du nombre de ceux où l'on a constaté ce double accident), et les cas de gangrène sans production d'infiltration gazeuse sont aussi de beaucoup les plus nombreux.

M. Broca me reproche d'avoir atténué les dangers de l'emphysème traumatique; mais, je le répète, dans les cas que j'ai vus, ce n'est pas l'emphysème, ce n'est pas la gangrène même (quand elle a existé) qui a tué, c'est le traumatisme lui-même, c'est l'étendue, c'est la profondeur de la lésion, les accidents généraux, etc.

L'emphysème peut aller très-loin sans déterminer d'accidents; il n'est grave par lui-même que quand la communication avec l'air extérieur persiste.

M. BROCA. Il y a eu, chez mon blessé, une violence extérieure qui a produit la fracture et la plaie : c'est la même cause qui a déterminé les deux lésions. C'est ce même traumatisme qui a altéré profondément l'économie de mon malade, au point de déterminer l'exhalation gazeuse, l'emphysème, et de produire ultérieurement, sous l'influence de l'ébranlement nerveux, le sphacèle du moignon. M. Morel me semble trop disposé à n'admettre d'autre théorie de l'emphysème que la théorie mécanique. Cette théorie me paraît devoir être complétement rejetée. Que l'emphysème puisse se produire à la suite de plaies de la région thoracique, et surtout du creux axillaire, cela se conçoit. La poitrine est animée de mouvements réguliers, rhythmiques, qui expliquent ces phénomènes. Il y a là, en effet, un mouvement continuel de va-et-vient, un mouvement de pompe. Mais vouloir transporter cette théorie aux membres, vouloir trouver dans le jeu des muscles dans leurs gaînes des mouvements de pompe aspirante et foulante, voilà ce que je ne veux pas admettre dans l'immense majorité des circonstances. Chez l'un des malades cités par M. Velpeau, il s'est passé dans le moignon des mouvements violents; mais chez mon malade, rien de semblable n'a eu lieu. Je rejette donc cette théorie mécanique, et je m'en tiens à celle que j'ai invoquée tout à l'heure.

M. MOREL-LAVALLÉE. Ce mouvement d'aspiration, de pompe, que M. Broca rejette, me paraît au contraire très-simple. Sans rentrer dans la discussion, et sans vouloir redire encore une fois ce que je crois

avoir suffisamment expliqué, je rappellerai les expériences de M. Goffres citées par M. Follin, et l'histoire de mon jeune malade atteint d'emphysème de la cuisse à la suite d'une plaie qui ne dépassait pas l'aponévrose d'enveloppe du membre.

Je maintiens donc ma théorie mécanique, mais pour les cas bien précisés par notre maître M. Velpeau, dans lesquels l'emphysème se produit immédiatement après l'accident ; pour les cas d'emphysème traumatique spontané, immédiat.

La discussion est terminée.

— La discussion sur le traitement des anévrysmes est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. BAUCHET. Le jeune homme que je présente à la Société est âgé de vingt et un ans. Il est entré dans mon service à l'Hôtel-Dieu, où je remplaçais M. Robert, au mois d'août dernier. Il était atteint d'*arthrite blennorrhagique du coude gauche.* Malgré le traitement mis en usage (sangsues, vésicatoires, frictions résolutives, immobilité; traitement général, purgatifs, azotate de potasse, etc.), il se forma autour de l'articulation plusieurs abcès, qui furent successivement ouverts. L'un d'eux me parut même communiquer avec l'articulation. Au mois de novembre, le malade put aller passer sa convalescence à l'asile impérial de Vincennes, et je le revis à la fin de ce mois. Il n'y avait plus de mouvements dans l'articulation du coude; le bras et l'avant-bras étaient dans **une ankylose presque rectiligne** ; le membre était atrophié, et ce jeune homme ne pouvait plus s'en servir.

J'essayai alors, dans mon cabinet, quelques mouvements forcés, et je m'aperçus que l'articulation cédait un peu. Encouragé, j'employai plus de force, et je parvins à étendre complétement l'avant-bras : je fis alors des mouvements contraires, et j'arrivai presque à la flexion à angle droit.

Ce jeune homme, très-courageux, ne fut pas soumis à l'influence du chloroforme. Pour allonger l'avant-bras, je plaçais le coude sur mon épaule gauche, et je tirais fortement en me servant de l'avant-bras comme d'un levier. Pour opérer la flexion, je faisais asseoir le malade dans un fauteuil, j'appuyais son bras sur le bras du fauteuil, et je pesais fortement sur l'avant-bras.

La sensation que l'on éprouve au moment où cèdent les adhérences est des plus pénibles ; il semble que les os et l'articulation se brisent; mais pour celui qui a senti cette secousse, il y a

quelque chose de caractéristique dans cette sensation au moment où cèdent les adhérences.

Après cette première tentative, le coude se gonfla presque immédiatement, et il se fit un épanchement dans l'articulation et dans son voisinage. Cet épanchement se dissipa, et quarante-huit heures après il n'y avait plus de gonflement.

Je fis une nouvelle séance huit jours après, puis une autre, puis une troisième, puis d'autres encore, à quinze, vingt, vingt-cinq jours d'intervalle. Ce jeune homme, employé dans une maison de commerce, n'a jamais interrompu ses occupations depuis la première séance, et il venait me voir à ses jours de sortie, et encore ne venait-il pas régulièrement. Les séances peuvent en effet être faites à des intervalles bien plus rapprochés.

Je lui recommandais, après chaque séance, d'exercer son articulation, soit en soulevant des poids, soit en portant un seau d'eau, soit en s'accrochant au haut d'une porte.

Aujourd'hui ce jeune homme se sert de son membre, qui a repris de la vigueur, et soutient aisément, et pendant assez longtemps, un poids de 25 kilogrammes. La flexion et l'extension, la pronation et la supination sont très-faciles. Tous les mouvements, ainsi que vous pouvez vous en assurer, s'exécutent très-bien, soit qu'on les provoque, soit que le malade les fasse lui-même; — la flexion est aussi complète que du côté opposé. — L'extension n'est pas encore tout à fait rectiligne; mais dans peu de temps je suis convaincu que ce mouvement sera complet. Le tendon du biceps résiste encore un peu; pourtant il cède à une traction un peu forte, mais faite avec lenteur. On n'entend plus alors les craquements dont je vous ai parlé en commençant cette présentation.

M. DESORMEAUX pense que ce cas ne peut pas être rapproché d'une manière absolue de celui qu'il a rapporté à la Société dans une des séances précédentes. Dans le fait dont il a parlé, il s'agissait d'une arthrite rhumatismale, et non d'une arthrite blennorrhagique.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

Polype fibreux naso-pharyngien chez une petite fille de deux ans — M. MARJOLIN communique l'observation suivante:

F... (Adèle), âgée de deux ans, fut admise le 11 avril 1861 à l'hôpital Sainte-Eugénie, pour une tumeur fibreuse occupant les fosses nasales et la partie supérieure du pharynx. Les parents ne purent nous donner aucun renseignement sur l'époque précise à laquelle la respiration de l'enfant avait commencé à devenir pénible.

Lors de son entrée à l'hôpital, la gêne était telle, que l'asphyxie était véritablement imminente.

Avant de tenter aucune opération, soit radicale, soit palliative, je cherchai à reconnaître le siége et la nature de la tumeur. Le nez n'était nullement déformé; seulement, il était facile de voir que les deux narines étaient entièrement remplies par une tumeur assez ferme au toucher, mais saignant facilement dans les tentatives d'exploration. En arrière, elle faisait une saillie considérable à la partie supérieure du pharynx, obstruait complétement l'orifice postérieur des fosses nasales et refoulait en avant le voile du palais. Je tentai d'explorer les fosses nasales avec une sonde; mais malgré le soin que je mis à suivre la paroi inférieure, je ne pus pas pénétrer bien avant, l'instrument rencontrant toujours quelque obstacle. Je parvins pourtant à faire arriver jusqu'en arrière un stylet plat.

Quel était l'obstacle qui avait arrêté la sonde? Etait-ce la résistance même de la tumeur qui ne permettait aucun déplacement; était-ce son pédicule? L'autopsie nous a fait voir que ce n'était ni l'une ni l'autre de ces causes, mais de nombreuses adhérences de la tumeur à la membrane pituitaire.

Bien qu'assez résistante par sa nature même, la tumeur, qui avait des deux côtés acquis assez de volume pour se mouler exactement sur toutes les anfractuosités de la paroi externe des fosses nasales, aurait pu, sans ces nombreuses adhérences, être refoulée en haut par la sonde.

Quant à glisser l'instrument le long de la cloison des fosses nasales, il ne fallait pas y songer; car l'examen de la pièce qui a été présentée à la Société anatomique par M. Leclerc a démontré que non-seulement la tumeur avait pour point d'implantation en arrière le périoste de l'apophyse basilaire et de la partie inférieure du corps du sphénoïde, mais qu'elle se continuait en avant de chaque côté sur le périoste qui tapisse la cloison. Je noterai en outre, comme il est facile de le voir, que la tumeur, qui pouvait avoir le volume d'une petite noix, avait de nombreuses adhérences avec la partie postérieure du voile du palais.

Le volume de la tumeur, son siége, son étendue considérable, l'âge de l'enfant étaient, à mon avis, autant de contre-indications à une opération radicale; aussi, je songeai plutôt aux moyens d'en extraire ou d'en lier une portion pour prévenir l'asphyxie; mais l'enfant succomba quarante-huit heures après son entrée dans mon service.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, BAUCHET.

Séance du 22 mai 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. ROBERT communique le fait suivant :

On a parlé dans le cours de la discussion, dit M. Robert, de l'**emphysème qui complique certaines gangrènes**; or voici sur ce sujet une observation curieuse :

Il y a quelques années, on amène à l'hôpital Beaujon, dans mon service, une jeune fille qui était atteinte d'une fracture de l'avant-bras avec plaie. La plaie était très-petite. Un appareil un peu trop serré avait été appliqué, et au moment où je vis la malade, il existait une gangrène occupant le cinquième inférieur environ de l'avant-bras. Ce sphacèle était mal limité, ce qui me décida à attendre avant de prendre un parti.

Le lendemain, la gangrène avait monté et était arrivée presque au pli du coude. Dès la veille au soir, on avait constaté un fait fort singulier : au-dessus de la partie gangrenée, la peau était tendue, soulevée, et dans le tissu cellulaire existait une certaine quantité de gaz. Il y avait là un emphysème assez prononcé.

Le second jour, l'emphysème s'était développé davantage et était encore au-dessus de la partie sphacélée. L'origine de ces gaz me paraissait devoir être rapportée à la gangrène elle-même, et je craignais une infiltration gazeuse résultant de la décomposition des parties sphacélées.

Au troisième jour, la gangrène montait toujours et était arrivée au niveau de la partie moyenne du bras ; l'emphysème occupait l'épaule et s'étalait même en avant et en arrière sur les parois de l'aisselle. J'étais dans une grande perplexité : attendre encore, mais la gangrène allait arriver à l'épaule, et alors je ne voyais plus de salut possible pour la malade ; opérer, désarticuler l'épaule, mais cette infiltration gazeuse me faisait craindre une issue funeste, et l'opération me semblait offrir peu de chances de succès.

Mon collègue M. Huguier vint voir la malade, et fut d'avis qu'il n'y avait pas à hésiter, qu'il fallait désarticuler l'épaule. C'était la seule ressource que la chirurgie pouvait offrir dans ce cas; je me décidai à opérer. A la première incision, les gaz s'échappèrent en sif-

flant. Ils n'avaient point d'odeur : je songeai de suite qu'ils ne devaient pas être rapportés à une décomposition putride, et cette idée me rassura un peu.

Je continuai l'opération ; les chairs étaient belles, le tissu cellulaire était sain ; les cellules en étaient distendues, comme on le voit chez les animaux qui ont été soufflés, mais je ne trouvai pas dans mes lambeaux une seule trace d'altération gangréneuse. Je tentai la réunion immédiate ; et comme c'était dans une saison un peu chaude, je fis appliquer de la glace sur le moignon. La malade guérit très-bien ; je n'ai jamais eu de plus belle réunion par première intention.

Quelque temps après, M. J. Roux (de Toulon) publia dans la *Gazette médicale* un fait tout à fait semblable.

De ce fait il résulte, pour moi, qu'un travail de gangrène peut, sous une influence nerveuse plus ou moins grave, être précédé d'un développement de gaz dans le tissu cellulaire, mais dont la source n'est pas dans le sphacèle lui-même.

Ce fait doit trouver sa place dans la discussion, et peut être rapproché de certains cas d'emphysème spontané, résultat d'un traumatisme violent, avec ou sans plaie aux téguments, communiquant avec le foyer de la lésion. Il mérite d'être connu. Pour ma part, je n'attendrais plus, je n'hésiterais plus si pareille observation se présentait à moi, et au lieu d'être forcé de désarticuler l'épaule, je pourrais attaquer le mal plus tôt et conserver le bras.

M. MOREL-LAVALLÉE. M. Robert ne s'est pas assuré si l'emphysème était primitif ou s'il s'était seulement montré un peu plus tard. Ce fait peut rentrer dans la catégorie de ceux dans lesquels il y a fracture avec plaie et emphysème immédiat. Je ne vois réellement rien qui puisse faire rejeter l'idée de l'introduction de l'air extérieur à travers la plaie. Le bandage lui-même, quelque serré qu'il fût, ne constituait pas un obstacle suffisant au passage de l'air extérieur. Cette probabilité est d'autant plus grande que la forme des muscles de l'avant-bras est éminemment *conique*, et qu'au moment où la partie étroite du tendon correspond à la partie large de sa gaîne, il y a une forte aspiration. Mais je n'insiste pas davantage sur ce point, je veux établir un rapprochement curieux entre ce fait et celui qui nous a été rapporté par M. Broca. — Dans l'observation de M. Broca, le blessé présente de suite un emphysème ; l'amputation est pratiquée dans des tissus parfaitement sains, et le moignon se sphacèle. — Dans celle de M. Robert, les lambeaux sont taillés en plein emphysème, et M. Robert obtient, même dans ces conditions, une réunion par première intention.

Eh bien ! peut-on vraiment faire jouer à l'emphysème un rôle

dans la production de la gangrène ? Et la gangrène, quand elle se déclare, ne doit-elle pas être l'effet d'une autre cause plus générale résultant du traumatisme lui-même ?

M. ROBERT. Je ne puis pas admettre l'explication de M. Morel-Lavallée pour la production de l'emphysème. Il y avait trop de gaz (et ces gaz étaient séparés de la plaie par une portion sphacélée du membre) pour admettre l'introduction de l'air extérieur. Si à ces considérations vous ajoutez que le bandage était très-serré, il sera de plus en plus difficile de s'arrêter à l'hypothèse de notre collègue. Je pense donc, ainsi que je l'ai dit plus haut, que sous certaines influences générales il peut se produire de l'emphysème. C'est ce qui a eu lieu chez mon opéré ; et je rapprocherai de ce cas d'autres faits médicaux, mais qui ont une certaine analogie avec celui-là. Ainsi j'ai vu un jeune homme de l'île Maurice qui a succombé à une variole; dans les derniers jours de sa maladie, il a été pris d'un emphysème général. Il peut se passer au sein de nos tissus et de nos organes un travail en vertu duquel il se développe des gaz, et partant de l'emphysème. Je tenais du reste, seulement, je le répète, à faire connaître à la Société un fait qui méritait de fixer son attention.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur Bouisson (de Montpellier), membre correspondant, fait parvenir à la Société le tome II de son ouvrage intitulé : *Tribut à la chirurgie*. Montpellier, 1861, in-4°.

— La Société a reçu en outre une *Notice sur les travaux de la Société de médecine de Bordeaux,* pour 1860, par M. le docteur Dégrange, secrétaire général.

Fémoro-coxalgie. — Désarticulation de la cuisse. — M. LARREY communique la lettre suivante, qu'il a reçue de M. Secourgeon, médecin en chef de l'hôpital militaire de Perpignan. La Société décide que cette lettre sera imprimée, en attendant l'observation complète.

Perpignan, le 17 mai 1861.

Monsieur l'Inspecteur,

Avant de répondre à votre lettre du 11 avril dernier, pour vous remercier de l'empressement que vous avez mis à provoquer une discussion sérieuse au sein de la Société impériale de chirurgie au sujet du malade dont j'avais eu l'honneur de vous entretenir, j'ai voulu attendre les résultats de l'opération que vous m'aviez conseillée.

Voici sommairement ce qui s'est passé :

Immédiatement après la réception de votre lettre, j'ai réuni mes collaborateurs et la plupart des médecins de la ville, pour leur en donner lecture, prendre leur avis et procéder à l'opération sans retard.

Il fut décidé qu'on opérerait, sans préciser cependant le genre d'opération; mais que le malade serait chloroformisé, afin de pouvoir compléter le diagnostic, en faisant exécuter au membre des mouvements qui indiqueraient :

1° S'il y avait luxation, et dans ce cas, carie de l'extrémité supérieure seule du fémur, et possibilité de tenter la résection ;

2° Ou, si les surfaces articulaires ayant conservé leurs rapports, on pouvait admettre comme certain qu'elles étaient également malades; que le raccourcissement du membre tenait à l'usure de la tête du fémur, — et c'est en effet ce qui existait, — et dans ce cas, l'amputation devenait la seule ressource.

Ces tentatives permirent de constater que l'article coxo-fémoral était profondément altéré ; que celui du genou était ankylosé ; que par suite d'une longue immobilité, les veines principales du membre étaient oblitérées, — fait important confirmé par l'examen de la pièce anatomique; et vu l'état des parties, les flots de pus qui s'échappaient dans chaque mouvement, la constitution du malade déjà trop altérée, il fut décidé que l'amputation était impraticable.

Cependant le malade ne crut pas aux espérances de guérison qu'on lui donnait, et quelques jours après il exigea impérieusement l'opération, quelles qu'en dussent être les conséquences.

Fort de l'assentiment des premiers chirurgiens de France, et rassuré par l'état moral du patient, je pratiquai l'amputation le 30 avril, par un procédé *ovalaire mixte*, nécessité par l'état des parties molles autour du grand trochanter, et qui n'est ni celui de votre illustre père, ni celui de Dupuytren, de Guthrie ou de Scoutetten. Il se rapproche beaucoup de celui de votre père pour la désarticulation scapulo-humérale.

Le malade était très-affaibli par plusieurs jours de diarrhée, et toute perte de sang eût été immédiatement mortelle. Il fallait donc procéder à la ligature des vaisseaux au fur et à mesure qu'ils étaient divisés. Pour atteindre ce but, voici comment l'opération a été conduite :

Le sujet convenablement placé, j'ai fait une incision oblique, descendant de 3 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'au-dessous et un peu en avant du grand trochanter. Cette incision, allant jusqu'au col du fémur, permit d'explorer l'état

des parties, et devait, en agrandissant le champ de l'opération, en rendre l'exécution plus facile. De l'extrémité inférieure de cette première incision, j'en ai conduit une autre sur les faces antérieure et interne du membre n'intéressant que les téguments, et descendant obliquement de la base du grand trochanter à 6 centimètres environ au-dessous de la tubérosité de l'ischion, pour être ramenée de là, par la partie postérieure et externe vers son point de départ, à la base du grand trochanter. Cette incision ovalaire dessinait parfaitement une raquette, dont le manche était figuré par l'incision ilio-trochantérienne.

Mon but, en agissant ainsi, était de conserver le plus possible de téguments; car dans les mêmes opérations que j'avais déjà faites ou vu pratiquer, les lambeaux s'appliquaient mal, se recoquillaient, et la peau était presque toujours insuffisante.

Celle-ci se trouvant assez rétractée, je coupai d'un seul coup les chairs jusqu'au col du fémur, à la partie antérieure et interne du membre. La crurale, la fémorale profonde et quelques rameaux musculaires furent immédiatement liés. Je repris le couteau que je portai sur la capsule, et le membre fut facilement luxé par un mouvement d'abduction et d'élévation. Le couteau, reporté en arrière, parcourut la partie postérieure et externe de l'ovale tracé par la peau, et l'opération fut terminée en moins de temps que je n'en ai mis à la décrire. Le malade ne perdit pas 50 *grammes* de sang artériel.

La cavité cotyloïde était très-malade et dépouillée de ses cartilages. Avec un fort scalpel je coupai tout le tissu osseux ramolli de son rebord, et quand il résista à l'instrument tranchant, j'employai le cautère actuel. Trois cautères en roseau furent successivement éteints sur tous les points de la circonférence de la cavité articulaire reconnus malades, et malgré le danger de cette cautérisation dans l'intérieur de cette cavité, — à cause de la transmission d'un excès de calorique au péritoine, — après avoir ruginé tout ce que je pus atteindre, j'y promenai, par surcroît de précaution, un quatrième cautère sphérique. Il survint quelques douleurs abdominales assez vives; mais comme après chaque cautérisation nous avions pratiqué d'abondants lavages d'eau froide, ces douleurs se dissipèrent bientôt.

Voilà, Monsieur l'inspecteur, une bien longue description ménagée avec une certaine coquetterie chirurgicale; car je vous ai conduit jusqu'ici sans vous parler des suites de cette grave opération. Vous me pardonnerez quand je vous dirai qu'aujourd'hui, *dix-huitième jour*, la cicatrice est linéaire et presque complète, excepté en face de la cavité cotyloïde.

J'ai voulu attendre, pour vous parler de mon malade, qu'il fût hors

de danger et que le succès fût assuré. Depuis deux jours il se lève et sa santé est parfaite. C'est, je pense, la meilleure manière de répondre aux réflexions un peu vives dont mon *projet* d'opération a été l'objet. J'aurai peut-être contribué à modifier les idées sur un point de chirurgie de la plus haute importance, en mettant en évidence la possibilité de sauver quelques malades atteints de fémoro-coxalgie qu'on abandonnait à leur triste destinée.

Vos conseils et les avis de la Société de chirurgie ont une trop large part dans le succès de cette opération, pour que je ne m'empresse de rendre à César ce qui lui appartient, et je vous prie de vouloir bien être près de ce corps savant l'interprète de ma vive reconnaissance.

Je crois remplir un devoir vis-à-vis de la Société impériale de chirurgie, en vous priant de lui communiquer cette lettre, que l'observation détaillée viendra compléter.

Je compte, dans quinze jours, vous expédier mon opéré avec la pièce anatomique et l'observation faite avec soin sous mes yeux par M. Combes, médecin aide-major d'un grand mérite.

Veuillez agréer, etc. SECOURGEON.

COMMUNICATION.

Extraction des corps étrangers articulaires du genou.— M. LARREY. L'extraction des corps étrangers articulaires du genou a soulevé une question de responsabilité chirurgicale dont j'ai eu l'honneur d'entretenir la Société (1), à propos d'une opération pratiquée par un chirurgien américain, et suivie d'ankylose. M. H. Squire, d'Elmira (New-York), m'avait écrit à cet égard, pour me demander divers documents, au point de vue des résultats de l'opération.

Je m'étais occupé dès 1832 d'une thèse sur ce sujet, qui n'avait encore fourni que des monographies partielles ou incomplètes, telles que les courtes dissertations de Champigny, Lédo, Vial, etc. Mais un grand nombre d'observations cliniques, depuis le premier fait d'A. Paré, en 1558, et celui de Pechlin, en 1691, jusqu'à ceux de Desault, Richerand et bien d'autres ; les travaux de pathogénie et d'anatomie pathologique, commencés par A. Monro, Morgagni, Hunter, Bichat, Bayle, Brodie, Laënnec, etc., continués ou complétés par MM. Cruveilhier, Velpeau, et par plusieurs des membres de la Société de chirurgie, ont fourni matière, en France, à quelques thèses fort bien faites, telles que celles de MM. Coquebert, Baumers, Morel-Lavallée, Diaz-Torriente,

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, séances du 10 octobre 1860 et du 24 avril 1861.

Jousselin, L. Larée, sans omettre surtout l'essai publié, en 1835, par M. P. Decaisne (de Bruxelles).

C'est à ces différentes sources, ou dans les auteurs, et auprès de plusieurs de nos confrères, que j'ai puisé les principaux documents d'une statistique générale des résultats de l'extraction des corps étrangers articulaires du genou.

M. Squire lui-même m'a fourni une grande partie des éléments de cette statistique, que M. Baumers avait entreprise de son côté, en 1848, pour 52 observations, que M. Diaz-Torriente a étendue, en 1856, à 88 cas, et qu'un chirurgien russe, M. Berthenson, d'Odessa (1), paraît avoir augmentée en 1857, dans sa dissertation inaugurale. (Mais toutes mes recherches ont été inutiles jusqu'ici pour trouver ce dernier travail, particulièrement connu de M. Chassaignac.)

Voici provisoirement le tableau récapitulatif que j'ai pu dresser, par ordre alphabétique, des noms d'opérateurs, afin de les confronter plus facilement avec d'autres relevés, en formant un ensemble plus complet, sauf rectifications ultérieures. Il comprend deux catégories de faits appartenant :

1° A la méthode ancienne, soit par incision directe, soit par incision oblique; 2° à la méthode nouvelle, ou par ponction sous-cutanée, faite diversement. Le nombre des opérés, en regard du nom des opérateurs, est suivi du résultat, et celui-ci représente : 1° la guérison avec ou sans accidents; 2° l'insuccès par opération inachevée ou par disparition du corps étranger; 3° par la mort.

Extraction directe des corps étrangers de l'articulation du genou (incision directe et incision oblique). — Faits publiés ou cités.

Opérateurs.	Nombre de cas.	Résultats.	
Abernethy.	1	Guérison.	Les accidents ne sont pas toujours indiqués dans les cas de guérison.
Adams (Francis). . .	1	Guérison.	
Allan (Robert). . . .	1	Guérison.	
Arnott.	2	Guérison.	
Aumont.	2	Guérison (4 corps étrangers).	
Averill.	1	Inconnu.	
Bartlett.	1	Guérison.	
Bégin.	5	3 guérisons, 2 morts.	
Bell (Benjamin). . .	1	Guérison.	
Bell (Charles).	1	Mort après amputation.	
Bérard (Auguste). .	1	Guérison.	

(1) *Nonnulla de neochondroplasmatum articulorum origine et cura.*

Opérateurs.	Nombre de cas.	Résultats.
Berry.	1	Guérison.
Birkett.	2	Guérison après essai sous-cutanée.
Blacke.	3	Guérison, incertaine 1 fois.
Bourse.	1	Guérison (fragment d'os).
Boyer.	4	2 guérisons, 2 morts.
Boyer (Philippe). . .	1	Guérison, avec ankylose.
Brodie.	1	Guérison; 3 opérations sur le même.
Bromfield.	1	Guéris.; 2 opér. à la fois sur le même.
Camberlin.	1	Mort (cité par Decaisne).
Clarke.	1	Guérison.
Coley.	1	Guérison.
Cooper (Bransby). .	3	1 mort, 2 guéris (1 avec ankylose).
Cooper (Samuel). . .	1	Guérison.
Cruikshank.	1	Guérison (hydarthrose).
Decaisne.	1	Mort.
Desault.	4	Guérison.
Diaz-Torriente. . . .	1	Incertain.
Dieulafoy.	1	Accidents; guérison. (Projectile).
Dupuytren.	2	1 guéri, 1 mort.
Fergusson.	5	4 guérisons (1 ankylose), 1 mort?
Fleuret.	1	Guérison.
Ford.	2	1 guér., 1 mort (autres cas funestes).
Gibson.	3	Guérison (accidents chaque fois).
Godard	1	Guérison.
Gooch.	1	Guérison.
Hancke.	3	2 guérisons, 1 mort.
Henckel?	1	Guérison (double incision).
Hewit.	1	Mort (cité par Reimarus).
Hoffmann.	1	Guérison (mais ankylose).
Hunter.	1	Guérison.
Hutchinson.	1	Guérison après essai sous-cutané.
Jobert (de Lamballe).	1	Mort après tentative de fixation.
Kirby.	4	2 guérisons, 1er ankylose, 2e suppuration grave; 2 morts.
L... (de Louvain). .	1	Mort (cité par Decaisne).
Larrey (Dominique).	2	Guérison.
Larrey (Hippolyte).	1	Guérison.
Lisfranc.	3	1 guéri, 2 morts (cités par Barrier).
Liston (1).	3	Guérison, accid., et 1 fois ankylose.

(1) L'un des cas de Liston cité ailleurs comme suivi de mort.

Opérateurs.	Nombre de cas.	Résultats.
Loëffler..	1	Inconnu.
Malherbe.	1	Mort (fragment d'os).
March.	4	Guérison.
May (cité par Eve).	1	Guérison (deux corps volumineux).
Morenheim.	1	Guérison (avec hydarthrose).
Moring.	2	Guérison (récidive dans un cas).
Muller.	1	Guérison incertaine.
Murville.	1	Guérison.
Paré (Ambroise).. . .	1	Guérison.
Pechlin..	1	Guérison.
Pétrequin..	1	Indéterminé.
Pleindoux..	1	Mort après tentative sous-cutanée.
Poirson..	1	Guérison.
Reynaud.	1	Mort (fait communiqué).
Richerand.	12	8 guérisons (1 ankylose), 4 morts.
Roux.	2	1 guéri, 1 mort après amputation.
Sabatier.	1	Guérison.
Sédillot..	1	Insuccès par disparition, etc.
Simson..	1	Guérison, accidents provoqués.
Simpson.	1	Guérison avec ankylose.
Smith..	1	Guérison.
Soender..	1	Guérison.
Squire.	1	Guérison avec ankylose.
Sulzer.	1	Guérison (cité par Richter).
Vielle..	1	Guéri; récidive d'une opér. de Desault.
Watley..	1	Guérison avec ankylose.
White.	1	Guérison.
Willaume..	1	Mort (fait communiqué).
Chirurgiens cités sans être nommés par		
Champigny.	1	Guérison (l'autre genou atteint aussi).
Decaisne.	1	Guérison (accid. les plus graves).
Rampon..	1	Mort (cité par Decaisne).
Theden..	1	Mort.

Extraction indirecte des corps étrangers de l'articulation du genou (ponction sous-cutanée et modifications). — Faits publiés ou cités.

Opérateurs.	Nombre de cas.	Résultats.
Alquié (de Montpel.).	1	Mort après tentative de fixation.
Bauchet..	1	Guérison. (Récidive ultérieure).
Bégin..	1	Insuccès par disparition, etc.

Opérateurs.	Nombre de cas.	Résultats.
Birkett.	2	Insuccès par disparition.
Bonnet.	2	1 Guérison ; 1 insuccès par disparit.
Bouchacourt.	1	Guérison.
Chassaignac.	2	Guérison après angioleucite.
Denonvilliers.	2	Guérison après disparit. et suppur.
Desormeaux.	1	Guérison.
Diaz-Torriente. . . .	1	Mort.
Foucher.	1	Guérison.
Giraldès.	1	Insuccès par disparition.
Gosselin.	1	Guérison.
Goyrand.	1	Guérison; 2 opérations sur le même.
Hilton.	1	Guérison incertaine.
Huguier.	1	Guérison.
Jobert.	3	2 guéris., 1 mort après essai de fixat.
Laugier..	1	Insuccès par disparition.
Liston.	5	1 guéri ; 4 insuccès par disparition.
Lustreman.	1	Guérison (fait communiqué).
Maskoe.	1	Guérison après disparition.
Nélaton..	1	Insuccès par disparition.
Pleindoux..	1	Mort après incision secondaire.
Syme..	1	Guérison.
Velpeau..	2	1 insuccès, 1 mort après amputation.
Vidal (de Cassis). . .	2	1 guérison ; 1 insuccès par disparit.

La résultat général des deux méthodes d'extraction, d'après cette statistique de 169 cas publiés ou cités par les auteurs, donne pour l'extraction directe 131 faits, dont 99 guérisons (plusieurs avec ankylose), 5 insuccès, 30 morts ; et pour l'extraction indirecte : 38 faits, dont 19 guérisons, 15 insuccès et 5 morts.

Je joindrai à cette longue énumération plusieurs faits inédits que quelques-uns de nos collègues ont bien voulu me communiquer.

En voici les résultats (d'après l'une ou l'autre méthode), en attendant que nous en connaissions d'autres :

MM.	Opérés.	Résultats.
Blandin..	2 ou 3	Insuccès ou morts. (Vus par M. Demarquay.)
Boyer [Philippe] (1).	15 ou 16	13 guérisons, 2 ou 3 morts.
Colson (de Noyon)	1	Guérison (2).

(1) Renseignement fourni par M. Bauchet (Philippe Boyer opérait habituellement par incision directe).

(2) Observation adressée à la Société de chirurgie.

MM.	Opérés.	Résultats.
Laugier..	3	2 guérisons, 1 mort.
Lawrence.	8 ou 10	Indéterminés.
Legouest.	3	Guérison.
Malgaigne.	2	Guérison.
Manec.	1	Guérison.
Meunier.	1	1 guérison.
Robert.	1	Guérison.
Scoutetten.	1	Mort (fait communiqué).
Velpeau.	9 ou 10	2 ou 3 morts (1 après amputat.)

Les conclusions générales qui me semblent pouvoir être déduites de l'ensemble de tous ces faits seraient les suivantes :

L'extraction des corps étrangers articulaires du genou est une opération grave pratiquée par l'incision directe, difficile par la ponction sous-cutanée. Beaucoup d'accidents sont survenus dans les cas mêmes assez nombreux de guérison indiqués sur le tableau précédent.

L'extraction est proportionnellement plus dangereuse que la maladie elle-même; c'est-à-dire que les accidents sont plus redoutables par le fait de l'opération que par la présence du corps étranger.

Si beaucoup de cas de guérison se trouvent constatés, bien des insuccès ou des résultats funestes ont sans doute été passés sous silence (1).

L'opération, en définitive, évitée par beaucoup de chirurgiens, semble indiquée seulement dans les conditions que voici :

1° Mobilité complète et bien certaine du corps étranger, devenu tout à fait libre et mobile dans l'articulation;

2° Persistance ou récidive des accidents provoqués par sa présence (douleur, syncope, arthrite ou hydarthrose, claudication);

3° Insuffisance des moyens contentifs (compression palliative, essais de fixation permanente);

4° Volonté du malade d'être opéré, quoique averti des dangers et des difficultés de l'opération.

Quant au choix du mode opératoire, il doit appartenir au chirurgien, appréciant à la fois les accidents de la méthode ancienne, les insuccès de la méthode nouvelle et l'importance des soins consécutifs.

Telle est l'appréciation des faits que j'ai cru devoir soumettre au jugement de la Société de chirurgie et à l'expérience des hommes de l'art.

---

(1) Plusieurs exemples m'en ont été cités depuis cette communication.

LECTURE.

M. OLLIER, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, lit un travail sur les sutures métalliques.

Après avoir exposé des recherches historiques consciencieusement faites et très-intéressantes, M. Ollier fait la relation d'expériences qu'il a entreprises sur les animaux, et des heureux résultats que ces sutures lui ont donnés sur l'homme. Sans rejeter les fils faits de n'importe quel métal, M. Ollier a choisi les fils de fer, parce qu'ils sont aussi avantageux que les fils d'argent ou d'or, et qu'on les trouve partout.

Voici, du reste, les conclusions de ce travail :

1° Les fils métalliques irritent sensiblement moins les tissus que les fils organiques. Ils les ulcèrent et les coupent moins; ils sont tolérés beaucoup plus vite et plus longtemps.

2° Les points de suture métallique conservent une forme constante, maintiennent les lèvres de la plaie dans une fixité plus grande et dans un rapprochement plus profond.

3° Les fils métalliques très-fins (argent, fer) sont préférables aux fils plus volumineux, surtout lorsqu'il s'agit de réunir une plaie dont les bords n'ont pas dû être affrontés violemment. Ils irritent beaucoup moins les tissus, occasionnent peu de suppuration le long de leur trajet, et ils laissent une cicatrice moins apparente que les autres. On peut les multiplier sans inconvénient. Ces fils seront surtout utiles dans les opérations autoplastiques, où une réunion exacte est le principal but du chirurgien.

Ce que nous venons d'exposer ne se rapporte qu'à la suture entrecoupée; nous aurions beaucoup de choses à dire sur les diverses espèces de suture, mais notre but a été seulement de prouver aujourd'hui la réalité des avantages qu'un certain nombre d'auteurs ont cru pouvoir attribuer aux sutures métalliques. Sans partager l'enthousiasme de quelques chirurgiens, nous croyons qu'il sera utile d'en généraliser l'emploi à la réunion de toutes les plaies. Si nos expériences ne nous ont pas trompé, et si notre observation de six mois ne nous a pas induit en erreur, nous nous arrêterons aux conclusions que l'on vient de lire.

(Commission, MM. Verneuil, Robert et Follin.)

— La suite de la discussion sur le traitement des anévrysmes est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 29 mai 1861.

Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, le fascicule des *Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire.* (Saint-Etienne, 1861, in-8°.) Ce fascicule complète le premier volume des travaux de la Société.

— M. Larrey fait hommage à la Société, au nom de l'auteur, d'un *Essai sur la prothèse du bras et de la main*, par M. le comte de Beaufort. Paris, 1861, in-8°.

— M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, adresse à la Société, avec une note explicative, deux instruments de son invention, savoir : 1° Une scie à résection dont la lame est articulée; 2° un archet pour fixer et diriger la scie à chaîne avec une seule main (M. Chassaignac, rapporteur).

— M. Goyrand (d'Aix), membre correspondant, adresse à la Société, à l'occasion d'un vœu émis par M. Huguier dans la dernière discussion sur les hernies, un mémoire manuscrit intitulé : *Observations sur quelques cas de hernies ombilicales étranglées.* Ce travail est inscrit sur l'ordre du jour pour être lu à son tour.

Suite de la discussion sur le traitement des anévrysmes.

M. RICHET. Je vais essayer de répondre aux diverses objections qui m'ont été adressées :

1° Avant tout, je fais observer que le malade n'est pas mort par le fait du procédé mis en pratique ; il a eu des hémorrhagies, il est vrai, mais il importe de ne pas oublier que ces hémorrhagies sont survenues plus de huit jours après l'apparition des symptômes d'infection purulente. Elles n'ont eu lieu que par le fait de l'altération du sang; elles auraient eu lieu probablement quelque procédé opératoire qu'on eût adopté; en voulez-vous la preuve? Je l'ai en ce moment sous les yeux.

Un jeune homme de vingt-six ans a le pied écrasé ; il est apporté à l'hôpital Saint-Louis ; huit ou dix jours après il est pris d'infection purulente ; jusque-là il n'y avait pas eu d'hémorrhagie. A partir de

ce moment surviennent des pertes de sang considérables. Le sang coulait en nappe. C'est donc à l'infection purulente qu'a succombé le malade ; les hémorrhagies n'ont fait que hâter la catastrophe. Elle aurait eu lieu de même sans hémorrhagie. Ces considérations me permettent d'examiner maintenant la valeur réelle des observations adressées au procédé opératoire que j'ai suivi.

2° On a dit que je n'avais pas fait la compression assez longtemps. Je l'ai faite durant quarante jours. Je l'ai faite directe et indirecte, simultanément, à l'aide de la compression digitale et des appareils ; elle était devenue intolérable ; l'avant-bras était tuméfié; non-seulement nous n'avons rien obtenu, mais l'état s'était plutôt aggravé. Que fallait-il faire? On m'a dit : persister; mais c'était non-seulement impossible, c'eût été dangereux.

3° Mais, a dit M. Broca, peut-être aurait-on mieux fait de laisser l'anévrysme à lui-même ; abandonnées à elles-mêmes, ces lésions ne sont pas dangereuses. Sans doute cela est vrai pour beaucoup d'entre elles, mais tel n'était pas le fait actuel.

J'ai dit les inconvénients qu'il entraînait. De plus le malade était venu de sa province non pour consulter, mais pour se faire opérer.

Toutefois, cela n'eût pas été suffisant pour me déterminer à intervenir, il a fallu d'autres raisons; c'est d'abord l'accroissement de la tumeur, puis la douleur, les fourmillements de la peau ; et c'est ici que se placent naturellement les reproches que j'ai à faire à la compression.

4° La compression: je n'entends nullement la blâmer comme méthode générale, elle a rendu et rendra encore de grands services ; seulement il faut savoir que dans quelques cas elle n'est pas favorable, utile, qu'elle peut même nuire, et ce fait le prouve, selon moi.

Elle a fait perdre du temps; elle a jeté le malade dans l'abattement moral, la prostration physique; essayée pendant quarante jours, elle l'a privé de repos, de nourriture, l'a condamné au séjour au lit, l'a mis par conséquent dans de très-mauvaises conditions pour subir la ligature, dernier refuge contre la maladie.

J'ai ajouté enfin qu'en dilatant outre mesure les capillaires, elle avait favorisé le retour trop rapide du sang vers le sac, condition défavorable dans le fait présent; car si cette dilatation est favorable dans les cas d'anévrysmes ordinaires, ici, au membre supérieur, où la gangrène n'est pas à craindre, elle est funeste. En effet, dans les blessures artérielles de la main, voyez avec quelle rapidité se fait le retour du sang, alors cependant qu'aucune compression n'a préparé les anastomoses. Je maintiens donc qu'à ces divers points de vue elle a été plutôt nuisible qu'utile.

5° Relativement au procédé opératoire suivi, M. Broca m'a approuvé d'avoir agi comme je l'ai fait; je ne crois pas en effet que, même connaissant d'avance les dispositions anatomiques révélées par l'autopsie, on eût pu agir autrement, et j'en ai donné les raisons qu'il me paraît inutile de répéter.

Cependant, a dit M. Chassaignac, n'aurait-il pas mieux valu lier l'axillaire de suite? C'est vrai, mais pour le cas actuel seulement. D'ailleurs c'est ce que j'ai fait, un peu tardivement peut-être, alors seulement que j'ai pu soupçonner une anomalie artérielle; aussi ai-je dit qu'en pareil cas dorénavant je verrais peut-être quelque avantage à agir comme j'ai agi en dernier lieu, c'est-à-dire à lier d'abord l'axillaire au lieu de l'humérale; mais je ferai remarquer que ce serait alors précisément pour me mettre en garde contre le retour trop rapide du sang par l'humérale profonde, ce qui vient encore à l'appui de ce que j'ai avancé précédemment sur le rôle funeste de la compression, qui dilate trop les capillaires et expose à l'hémorrhagie.

Quant à lier séparément la radiale et la cubitale, ainsi que l'a proposé M. Chassaignac, cela était, ainsi qu'il résulte de l'examen de la pièce, tout à fait impossible, et d'ailleurs non-seulement inutile, mais dangereux.

6° Reste maintenant à discuter la digression anatomique sur le *vas aberrans* de Meckel. Je ne conteste pas cette anomalie ; seulement je ne la crois pas aussi fréquente que le dit M. Broca; pour mon compte je n'ai jamais eu l'occasion de l'observer.

Mais je ne veux pas entrer dans cette digression, qui nous entraînerait trop loin et ne se rattache qu'indirectement au cas actuel. Effectivement, il me suffira de faire observer qu'ici c'était non le *vas aberrans* persistant simplement, mais l'humérale profonde, naissant de l'axillaire même et s'anastomosant régulièrement avec les récurrentes radiales, ainsi que le démontrait sans réplique la pièce soumise à votre examen.

M. BROCA. J'ai peu de chose à répondre à M. Richet, car il résulte de ce qu'il vient de nous dire que nous sommes à peu près du même avis sur le principe qui doit diriger les chirurgiens dans le traitement des anévrysmes artério-veineux.

J'ai loué M. Richet de n'avoir pas eu recours à la méthode d'Anel, qui donne de très-mauvais résultats dans le traitement de ces anévrysmes. Nous sommes parfaitement d'accord sur ce point. Quant à la méthode de l'ouverture du sac, qui est certainement la plus efficace, mais qui est malheureusement très-dangereuse, je pense qu'il ne faut l'appliquer que dans les cas où, par une exception assez rare,

l'anévrysme artério-veineux s'accroît continuellement et menace de produire prochainement des accidents sérieux.

A la suite de la première communication de M. Richet, j'avais cru comprendre que l'anévrysme de son malade n'était pas dans ce cas, et j'avais pensé dès lors qu'il eût été préférable de temporiser. Aujourd'hui M. Richet insiste sur la gravité de cet anévrysme, qui avait fait des progrès continuels. Je n'ai pas l'intention de discuter sur un cas particulier que je n'ai pas observé moi-même. Il me suffit de constater qu'en principe M. Richet réserve comme moi pour les cas d'urgence l'opération des anévrysmes artério-veineux.

Je ne suis pas tout à fait de l'avis de notre collègue relativement à la cause de l'hémorrhagie consécutive qui a fait périr son malade treize jours après l'opération. Il pense que cet accident n'a pas été la conséquence directe de l'opération, et il l'attribue à l'infection purulente, qui a diminué la plasticité du sang ou qui a ramolli le caillot obturateur. Je reconnais que les altérations du sang favorisent les hémorrhagies, mais je lui ferai remarquer que la pyohémie a pu reconnaître ici pour cause spéciale l'ouverture ou la ligature des veines qui communiquaient avec le sac. C'est un accident que l'on doit toujours craindre lorsqu'on opère les anévrysmes artério-veineux par l'ouverture du sac. D'ailleurs je ne suis pas convaincu que cette hémorrhagie mortelle se soit produite sous l'influence de l'infection purulente, car elle n'a pas été prématurée, comme le pense notre collègue. Elle est survenue le treizième jour, c'est-à-dire à l'époque ordinaire de la chute du fil à la suite des ligatures pratiquées sur les vaisseaux de moyen calibre. Après la ligature de l'artère fémorale, la chute naturelle du fil s'effectue en moyenne le dix-septième jour d'après mes relevés, le seizième jour d'après ceux de M. Malgaigne. Il n'existe pas de statistique suffisante pour les ligatures de l'artère humérale; mais on sait du moins que la section des artères par le fil est d'autant plus prompte en général, que le vaisseau est moins volumineux, et si la ligature de la fémorale tombe du seizième au dix-septième jour, il n'y a pas lieu de s'étonner que celle de l'humérale tombe le treizième jour; on sait même qu'elle tombe quelquefois beaucoup plus tôt. Ici d'ailleurs ce n'est pas sous la ligature de l'humérale que l'hémorrhagie s'est produite. Le sang a été fourni par la radiale, qui avait été liée au niveau de son origine, et pour un vaisseau de ce calibre les délais sont moins longs encore que pour l'artère humérale.

Pour ce qui concerne les observations faites par M. Richet sur les mauvais résultats qu'il attribue à la compression indirecte, je rappellerai que cette méthode n'a pas été instituée pour le traitement des

anévrysmes artério-veineux, mais pour le traitement des anévrysmes artériels. On sait que la méthode d'Anel elle-même est le plus souvent sans action durable sur les anévrysmes variqueux; les malades qui y survivent ont presque toujours une récidive. La compression indirecte, qui ne maîtrise la circulation que passagèrement, et qui n'est qu'un diminutif de la méthode d'Anel, ne saurait avoir la prétention d'être plus efficace, et si elle a réussi quelquefois, c'est parce qu'on y a joint la compression directe. Les succès de Tyrrel, ceux de M. Nélaton prouvent qu'on peut obtenir des guérisons en associant ces deux méthodes, surtout en ayant la patience de continuer le traitement pendant plusieurs mois, comme l'a fait M. Nélaton.

Après ces remarques sur le fait de M. Richet, M. Broca communique une *observation d'anévrysme poplité*, qu'il a recueillie tout récemment à l'hôpital de Bicêtre; le malade, après avoir été traité pendant quelques jours par la compression indirecte, est mort d'un érysipèle de la tête, et l'autopsie a montré que le sac anévrysmal était déjà en grande partie oblitéré par des caillots fibrineux. La pièce est mise sous les yeux de la Société.

Obs. — Le nommé Alexandre D..., palefrenier, âgé de 48 ans, fut admis dans mon service, à l'hôpital de Bicêtre, le 12 avril 1861, pour y être traité d'un anévrysme poplité du côté gauche. Cet homme, d'une intelligence excessivement obtuse, ne peut donner que d'assez vagues renseignements sur l'origine et le développement de sa tumeur, dont le début paraît remonter à sept ou huit mois.

La tumeur occupe la moitié inférieure du losange poplité; elle a 10 centimètres de haut sur 9 centimètres de large. Elle est le siége de pulsations très-fortes, d'un bruit de souffle énergique qui s'entend dans toute son étendue, et d'un *bruit de piaulement* aigu très-prononcé qui ne peut être perçu qu'en arrière dans une étendue de 3 ou 4 centimètres. Lorsqu'on comprime la fémorale, la tumeur s'affaisse entièrement; elle ne renferme par conséquent aucun caillot. Elle ne s'accompagne d'aucune douleur; mais il est survenu depuis quelques jours un œdème dur qui occupe la partie inférieure du membre. On entend dans la région du cœur un bruit de souffle très-fort au second temps, maximum à la base, indice d'une insuffisance des valvules aortiques. Du reste, l'état général paraît très-bon.

Lorsqu'on comprime à moitié l'artère fémorale au pli de l'aine, soit à droite, soit à gauche, on sent sous le doigt un petit frémissement vibratoire, comparable au *thrill* des anévrysmes variqueux, mais beaucoup plus faible. En appliquant le stéthoscope dans le même point, on perçoit des deux côtés un léger bruit de souffle. Ces symp-

tômes, joints à l'existence de l'insuffisance aortique, permettent de penser que l'aorte et les grosses artères sont le siége d'altérations athéromateuses.

Le malade entrait pour la première fois dans un hôpital, et manifestait beaucoup de méfiance. Il me parut opportun de le laisser en repos pendant quelques jours, afin de lui laisser le temps de s'habituer à l'hôpital avant de le soumettre à un traitement qui devait exiger de la résignation et de la persévérance. Je me bornai donc à le tenir au lit jusqu'au 18 avril, jour où j'appliquai pour la première fois mon appareil à compression sur l'artère fémorale. J'avais profité de ces quelques jours de répit pour faire des observations sur la température du membre malade comparée à celle du membre sain, et pour prier M. Marey de faire avec moi des études sphygmographiques sur la tumeur et les artères. Je rendrai compte plus loin de ces recherches physiologiques, qui eurent malheureusement pour résultat de faire croire au malade qu'on pratiquait sur lui des sortiléges.

Le 18 avril, à dix heures du matin, j'appliquai mon appareil à deux pelotes sur l'artère fémorale. L'interne de la salle, M. Piedvache, dont je ne saurais trop louer le zèle, vint plusieurs fois dans la journée surveiller le maniement de l'appareil et prendre la température du membre. La compression fut faite presque continuellement avec la pelote inguinale, rarement avec la pelote inférieure. Elle fut *partielle*. J'avais prescrit de diminuer seulement les battements de la tumeur sans les éteindre, et, connaissant la pusillanimité de mon malade, je lui avais recommandé de relâcher complétement les pelotes toutes les fois qu'il souffrirait, et de se reposer aussi souvent et aussi longtemps qu'il le désirerait.

Il n'eut pas besoin de profiter de cette autorisation, car la compression ne fut pas douloureuse. Mais, réfléchissant à sa manière, il s'imagina qu'on se moquait de lui ou pis encore, en lui mettant un appareil dans le pli de l'aine tandis que son mal était dans le jarret; convaincu enfin qu'il y avait là-dessous quelque sorcellerie, il défit son appareil le lendemain matin à six heures, et m'annonça à l'heure de la visite qu'il était décidé à s'en aller.

La compression n'avait duré que vingt heures; déjà cependant on sentait battre sur le condyle interne du fémur une collatérale verticale qui s'était développée depuis la veille. La tumeur en même temps n'était plus complétement réductible, et ses battements paraissaient un peu moins forts. Ce fut donc bien à regret que je promis au malade de lui signer sa sortie le lendemain s'il persistait dans sa résolution.

Dans la journée, il reçut la visite d'une personne qui avait de l'influence sur lui et qui dissipa ses soupçons.

Le 20 avril, je le trouvai disposé à reprendre le traitement ; je lui appliquai de nouveau la compression ; pour le rassurer autant que possible, je le laissai libre d'enlever l'appareil toutes les nuits et de le relâcher aussi souvent qu'il le voudrait pendant le jour. Cette compression intermittente donne des guérisons moins rapides que la compression continue, mais on sait que les caillots fibrineux ou actifs qui se déposent dans le sac pendant la compression ont assez de solidité pour résister au choc du sang, de telle sorte que les interruptions, même fréquentes et prolongées, ne détruisent pas le bénéfice obtenu pendant l'action de la pelote.

L'appareil appliqué le 20 avril, à dix heures du matin, resta en place jusqu'à cinq heures du soir, en tout sept heures de compression toujours *partielle* exercée seulement avec la pelote inguinale.

Le 21, compression pendant huit heures.

Le 22, pendant huit heures.

Le 23, la tumeur est devenue beaucoup moins réductible ; les pulsations sont affaiblies ; le bruit de souffle est moins fort, le bruit de piaulement a disparu. La collatérale interne est aussi grosse que l'artère radiale. A la demande du malade, on n'applique pas l'appareil ce jour-là.

Le 24, compression partielle pendant douze heures.

Le 25, compression partielle pendant cinq heures, et compression totale pendant quatre heures.

La compression intermittente, commencée depuis huit jours, avait duré en tout soixante-quatre heures.

La poche anévrysmale renfermait déjà une quantité considérable de caillots fibrineux, et le moment me paraissait venu de recourir à la compression *totale*, suivant le procédé que j'ai décrit sous le nom de procédé en deux temps. J'espérais en effet que, dans l'état des choses, une compression totale de vingt-quatre heures suffirait pour achever l'oblitération de l'anévrysme, et, pour y habituer le malade, je l'y avais soumis pendant quatre heures seulement dans la journée du 25 avril. Malheureusement dans la nuit du 25 au 26 un érysipèle spontané de la face se déclara, sous l'influence d'une épidémie qui sévit depuis plusieurs mois dans l'hospice de Bicêtre, ce qui a fait périr, soit dans mes salles, soit dans les salles de médecine, un grand nombre de personnes.

En trois jours cet érysipèle gagna toute la tête, et le malade, pour le coup, se croyant décidément ensorcelé, réclama impérieusement sa sortie. Je résistai le plus longtemps possible ; mais à la fin il fallut céder.

Il était si pressé de quitter l'hopital qu'il ne voulut même pas attendre qu'on vînt le chercher sur un brancard ; et malgré sa faiblesse, malgré la fièvre qui le dévorait, la peur lui donna le courage de regagner à pied son domicile, qui était à la vérité peu éloigné de l'hospice. M. Piedvache voulut bien aller le voir dans la journée ; il le trouva couché dans une écurie, au-dessus des chevaux, sur un méchant grabat. Là, les accidents ne tardèrent pas à s'aggraver. Après un délire aigu de plusieurs jours, le malade tomba dans la prostration.

Le 5 mai, sa jambe gauche devint douloureuse et se tuméfia rapidement.

Le 8, ses maîtres le firent transporter de nouveau dans mes salles, où il arriva dans un état presque désespéré. Il nous reconnut à peine ; sa jambe était gonflée, sans changement de couleur à la peau, depuis le tiers inférieur de la cuisse jusqu'aux orteils. Cette tuméfaction paraissait surtout œdémateuse ; la tumeur anévrysmale proprement dite n'avait point fait de progrès ; on sentait le long de la cuisse, depuis le sommet du triangle inguinal jusqu'à l'anneau du troisième adducteur, un gros cordon douloureux évidemment constitué par la veine fémorale enflammée. L'œdème du membre fut donc attribué à l'oblitération de cette veine. Il y avait en outre un épanchement considérable dans le genou.

La phlébite avait évidemment débuté au niveau du sac anévrysmal, car la veine était et est restée jusqu'à la fin parfaitement saine au pli de l'aine, dans le point où la compression avait été faite. L'état général qui accompagne l'érysipèle avait pu contribuer à la production de cette phlébite ; il me parut probable toutefois que la tumeur anévrysmale, déjà en grande partie solidifiée, avait pu froisser et irriter la veine lorsque le malade, en quittant malgré moi l'hôpital, avait péniblement regagné à pied son domicile.

Après des alternatives de prostration et d'agitation, le malade tomba dans le coma et succomba le 15 avril.

A l'autopsie, nous avons trouvé une congestion considérable des os du crâne et des méninges. L'arachnoïde viscérale, épaissie et opaque en plusieurs points, était soulevée par une grande quantité de sérosité. La pie-mère, très-épaisse et très-vascularisée, adhérait par places à la surface des circonvolutions, dont la substance grise était très-injectée. Malgré cette double congestion à la fois sanguine et séreuse, l'encéphale entier, pesé avec ses membranes et sa sérosité, ne pesait que 1,157 gram. C'est de beaucoup le plus léger de tous les cerveaux d'adultes non idiots que j'ai examinés ; mais on n'a pas ou-

blié que cet homme était aussi inintelligent qu'on puisse l'être sans être tout à fait idiot.

Le cœur était volumineux; les valvules aortiques, couvertes de végétations sur leur bord libre, étaient insuffisantes et laissaient refluer l'eau. La crosse de l'aorte, uniformément dilatée, était couverte de plaques athéromateuses fendillées ou ulcérées. Des plaques semblables existaient dans la plupart des grosses artères.

Le membre abdominal gauche a été disséqué avec le plus grand soin, et je le mets sous vos yeux. Le genou contient une assez grande quantité de synovie transparente. La veine poplitée est pleine de pus ainsi que la veine fémorale, jusqu'à deux centimètres au-dessous de l'embouchure de la saphène. Il n'y a pas de caillot obturateur à la limite supérieure de cet abcès intra-veineux.

Il existe un abcès irrégulier, d'ailleurs peu volumineux, dans l'épaisseur du muscle soléaire, à plusieurs centimètres au-dessous de la limite inférieure de la tumeur anévrysmale; le tissu musculaire ne paraît pas altéré autour de cet abcès, qui ressemble beaucoup aux abcès de l'infection purulente; mais on ne trouve d'abcès métastatiques ni dans les viscères ni dans les articulations.

La poche anévrysmale enfin occupe la partie inférieure du losange poplité, et est complétement recouverte par les jumeaux auxquels elle est en partie adhérente.

Le nerf sciatique poplité interne, descendant le long de sa paroi postérieure, y produit une dépression verticale qui la divise pour ainsi dire en deux lobes. L'anévrysme d'ailleurs est parfaitement circonscrit; il rentre dans la catégorie de ceux que j'ai décrits sous le nom d'anévrysmes *demi-fusiformes* ; il s'est développé aux dépens des parois postérieure et latérale de l'artère poplitée, non sur un point circonscrit comme le font les anévrysmes sacciformes, mais sur une étendue de sept centimètres. Quant à la paroi antérieure, elle a conservé son intégrité et se continue sans interruption sous la forme d'une demi-gouttière, dans toute l'étendue de la tumeur. Celle-ci représente donc la moitié d'un anévrysme fusiforme; le sac, à proprement parler, n'a pas d'orifice, puisque dans toute sa longueur il communique directement avec l'artère.

Cette poche, demi-ellipsoïde, est presque entièrement remplie de caillots. Les uns sont périphériques, fibrineux, stratifiés (caillots actifs) et exactement appliqués sur la paroi du sac; ils forment, en certains points, jusqu'à six couches concentriques parfaitement séparables. Il y a en outre, en dedans des caillots précédents, une masse solide presque globuleuse du volume d'une grosse amande, à contours très-arrondis, adhérente par une de ses faces à la couche fi-

brineuse la plus interne, et libre dans le reste de son étendue, au milieu du sang qui remplit la cavité de l'anévrysme. Cette masse peu consistante et d'un rouge noirâtre est constituée par un caillot passif, qui s'est formé probablement peu de temps avant la mort, mais qui à coup sûr n'est pas cadavérique, car il est recouvert, sur toute sa surface libre, d'une mince couche fibrineuse, uniforme et parfaitement lisse, qui se prolonge sans interruption sur la face interne des caillots fibrineux environnants. L'ensemble de ces divers caillots remplit plus des deux tiers de l'anévrysme, dont la guérison était fort avancée au moment où le début de l'érysipèle de la tête nous a contraint d'interrompre le traitement.

L'artère collatérale, qui avait commencé à se développer sur le côté interne du genou vingt-quatre heures après le début de la compression, présente à peu près le volume d'une artère radiale ordinaire. Elle naît de la poplitée, à un centimètre au-dessus de la partie supérieure du sac, et va s'anastomoser avec la récurrente tibiale.

Je joindrai à cette observation quelques remarques que j'ai faites sur la température du membre avant et pendant la compression, et sur les résultats fournis par l'exploration sphygmographique des artères.

1° *Observations thermométriques.* — On a plusieurs fois constaté que les membres atteints d'anévrysme artério-veineux sont plus chauds qu'à l'état normal, quoique les malades y accusent souvent une sensation de froid. L'élévation de température est assez considérable pour être appréciable à la main. Cette particularité s'explique par l'état de congestion des capillaires, surtout des capillaires cutanés, et cette congestion elle-même est due à l'obstacle que la communication artério-veineuse oppose au retour du sang veineux.

Il était intéressant de chercher si la présence d'un anévrysme artériel donnait un résultat analogue. On sait, en effet, que l'anévrysme poplité ne peut se développer sans gêner le cours du sang dans la veine poplitée. La fréquence de l'œdème du pied et de la partie inférieure de la jambe le prouve suffisamment.

Je me suis servi dans ces recherches d'un excellent thermomètre sensible de Walferdin, que M. Jules Regnauld a bien voulu me prêter. Cet instrument permet d'apprécier des différences d'un dixième de degré centigrade. La boule du thermomètre, entourée de ouate, a été fixée au moyen de plusieurs tours de bandes sur les surfaces dont on voulait déterminer la température ; celle-ci a été prise lorsque le volume du mercure est resté stationnaire pendant plusieurs minutes.

Le 15 avril, avant le début de la compression, le thermomètre a été appliqué successivement, à droite et à gauche, 1° entre les deux

premiers orteils, 2° sous le mollet, 3° sous le jarret. On l'avait d'abord placé sous la langue du malade, et on avait obtenu une température de 36°,9. Voici le résultat obtenu sur les membres inférieurs :

	Du côté sain.	Du côté malade.	Différence.
Entre les orteils.	28°	31°,4	3°,4
Sous le mollet.	31°,4	33°,8	2°,4
Sous le jarret.	33°,8	34°,6	0°,8

On voit que le membre est plus chaud du côté de l'anévrysme, et que la différence est d'autant plus grande qu'on descend davantage au-dessous de la tumeur. C'est bien la preuve que l'élévation de la température est due à la congestion des capillaires, et il est digne de remarque qu'elle est précisément à son minimum au niveau de l'anévrysme.

Le 17 avril, l'expérience a été recommencée deux fois par M. Piedvache, et a donné exactement le même résultat.

Il s'agissait, en outre, de voir quelle serait l'influence de la compression de la fémorale au pli de l'aine sur la température du membre.

Hunter, Scarpa, Hodgson et Forster ont noté plusieurs fois qu'à la suite de la ligature de la fémorale pour un anévrysme poplité, la température de la jambe s'était élevée de plusieurs degrés Farenheit, au lieu de diminuer, comme on l'admet généralement. Moi-même sur un jeune homme à qui j'avais lié l'artère humérale, j'ai trouvé, au bout de vingt-quatre heures, les doigts plus chauds du côté de l'opération que du côté sain. Il est clair toutefois que la ligature, en diminuant brusquement la quantité de sang qui pénètre dans un membre, doit pendant les premiers temps déterminer un abaissement de température. L'élévation qui suit cet abaissement est due sans doute à la dilatation des vaisseaux capillaires cutanés. D'après cela, je pense qu'ordinairement, à la suite de la ligature des artères, il y a une première période pendant laquelle la température du membre s'abaisse, et une seconde période pendant laquelle elle s'élève même au-dessus de la normale. Il est certain que la durée de la première période est quelquefois de moins de vingt-quatre heures ; mais la durée *exacte* de cette période de refroidissement n'a été, à ma connaissance, déterminée dans aucun cas.

Les observations qui vont suivre ont été faites pendant que la fémorale était complétement comprimée avec le doigt dans le pli de l'aine. L'expérience, devant durer longtemps, n'a pu être faite en ma présence ; mais la température a été notée avec le plus grand

soin, de minute en minute, par M. Piedvache, pendant que ses collègues comprimaient la fémorale dans le pli de l'aine.

Je ne crois pas devoir reproduire ici, minute par minute, le tableau des températures, attendu que les changements thermométriques se sont faits d'une manière continue et presque sans oscillations. L'expérience a été commencée le 17 avril, à quatre heures du soir.

Au début de l'expérience, le thermomètre, placé entre le premier et le deuxième orteil du côté de l'anévrysme, marquait depuis

25 minutes une température de	31°,4	Au bout de 20	minutes.		28°,4
Au bout de 4 minutes de compression inguinale.	30°,8	—	24	—	28°,7
Au bout de 8 minutes.	30°,1	—	28	—	28°,2
— 12 —	29°,4	—	32	—	27°,6
— 16 —	28°,8	—	36	—	27°,9
		—	40	—	27°,5
		—	44	—	27°,1

La température s'est maintenue ensuite sans aucun changement pendant 6 minutes, puis elle a commencé à remonter graduellement.

Au bout de 50 minutes.	27°,1	Au bout de 76	minutes.		28°,3
— 54 —	27°,5	—	80	—	28°,5
— 58 —	28°	—	84	—	29°
— 62 —	28°	—	88	—	29°,1
— 66 —	28°	—	92	—	29°,4
— 70 —	28°	—	94	—	29°,4
— 74 —	28°,2				

L'expérience s'est arrêtée là. La température n'était pas remontée aussi haut qu'avant la compression; mais elle était déjà supérieure de plus d'un degré à celle du membre sain.

En résumé, la température a baissé pendant 44 minutes, puis elle s'est maintenue au même niveau pendant 6 minutes, et elle a ensuite recommencé à monter. Je ne prétends pas que ces chiffres soient appliquables à l'étude des effets de la ligature, car la compression, quelque exacte qu'elle soit, n'intercepte pas complétement le cours du sang; en outre, il est bien difficile qu'elle n'atteigne pas un peu la veine, en produisant une stase veineuse qui vient compliquer la question.

2° *Observations sphygmographiques.* — Ces observations ont été faites avec le concours de M. le docteur Marey, qui a publié des travaux si remarquables sur la forme du pouls à l'état normal et dans divers états pathologiques. On sait que cet ingénieux confrère est l'inventeur d'un sphygmographe beaucoup plus parfait que celui de Vierordt.

La plume qui trace sur le papier la forme du pouls est située à l'extrémité d'un long levier, dont le petit bras est mis en mouvement par une pelote appliquée sur l'artère. La diastole artérielle produit l'ascension brusque de la plume, qui retombe ensuite par son propre poids pendant la systole artérielle. Le papier sphygmographique, mis en mouvement par un mécanisme d'horlogerie, chemine au-devant de la plume, qui trace ainsi, en s'élevant et en s'abaissant, une série d'arcades parfaitement semblables entre elles, à un moment donné, pour la même artère et chez le même individu.

Chacune de ces arcades (voy. fig. I) se compose de deux parties :

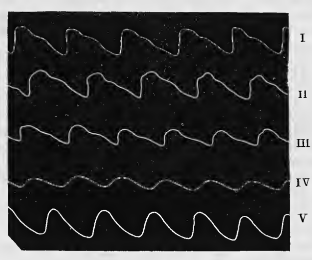


Fig. I. Forme du pouls normal d'un homme couché.
Fig. II. Pouls de l'artère radiale du malade, indiquant l'insuffisance aortique.
Fig. III. Pouls de l'artère tibiale droite (côté sain).
Fig. IV. Pouls de l'artère tibiale gauche (côté de l'anévrysme).
Fig. V. Pouls de l'anévrysme.

postérieure

l'une, ascendante, *verticale*, tracée par la plume au moment de la diastole qui est *subite;* l'autre, descendante, *oblique*, sinueuse, et beaucoup plus longue, tracée au moment de la systole, qui est *graduelle.* A l'union de ces deux branches existe une petite branche à peu près horizontale, correspondant à la lutte qui s'établit entre le poids du levier et l'expansion de l'artère, à la fin de la diastole.

Lorsque M. Marey vint à Bicêtre, le malade, reçu la veille, n'avait

été examiné que superficiellement ; on n'avait pas encore ausculté le cœur. Le sphygmographe fut d'abord appliqué sur l'artère radiale, et M. Marey, en examinant le premier tracé, s'écria que le malade devait avoir une insuffisance aortique.

L'auscultation prouva aussitôt l'exactitude de ce diagnostic, qui a été pleinement confirmé par l'autopsie.

Il suffit de comparer la figure I avec la figure II pour apprécier la forme particulière du pouls qui caractérise l'insuffisance aortique. Ce n'est pas ici le lieu d'en donner l'explication.

Le sphygmographe fut ensuite appliqué sur l'artère tibiale postérieure du côté sain, derrière la malléole interne, et donna le tracé représenté sur la figure III. Les caractères de l'insuffisance aortique sont encore reconnaissables, mais ils sont beaucoup moins prononcés que sur le tracé du pouls radial, parce que le cou-de-pied est beaucoup plus éloigné du cœur que le poignet.

La fig. IV représente la forme du pouls de l'artère tibiale postérieure du côté de l'anévrysme; et en la comparant avec la précédente, on aperçoit aisément les changements que la présence d'une poche anévrysmale fait subir à la circulation dans les artères situées au-dessous de l'anévrysme. La branche ascendante de l'arcade n'est plus verticale, elle est oblique, et il en résulte que la diastole est moins brusque et moins violente que sur les artères ordinaires. La branche descendante de l'arcade n'est pas sinueuse ; elle est oblique, mais elle est beaucoup moins longue d'une manière absolue, et même d'une manière relative, qu'elle ne l'est sur le tracé de la fig. III. Enfin, la hauteur de l'arcade est notablement moindre que sur la fig. III, d'où il résulte que la présence de l'anévrysme a eu pour conséquence :

1° De diminuer la force du pouls, c'est-à-dire l'étendue des oscillations artérielles ;

2° De rendre la diastole artérielle plus longue ;

3° De rendre la systole plus courte.

Ces résultats expérimentaux confirment pleinement les idées que j'ai exposées, d'après des vues théoriques, dans mon *Traité des anévrysmes* (page 108).

Le sang qui dilate un sac anévrysmal pendant la diastole est momentanément détourné de sa destination. Le bout inférieur reçoit donc, pendant la diastole, moins de sang qu'à l'état normal. Au moment de la systole, au contraire, il en reçoit davantage. Alors, en effet, non-seulement le sang apporté par le bout supérieur passe en totalité dans le bout inférieur, mais encore, la poche anévrysmale revenant sur elle-même, une quantité de sang égale à celle qui s'était déviée dans le sac pendant le premier temps rentre dans l'artère et

s'engage aussitôt dans le bout inférieur. Ce bout inférieur et les artères qui en dépendent se dilatent donc moins pendant la diastole, et se resserrent moins pendant la systole qu'ils ne le feraient dans les conditions normales, et il en résulte nécessairement que les battements artériels doivent être amoindris sur les artères situées entre l'anévrysme et les vaisseaux capillaires.

Voilà ce que dit la théorie; mais en fait, les cas où cette diminution a été assez prononcée pour être constatée à la main ont été jusqu'ici assez rares. Il est certain d'ailleurs que dans plusieurs de ces cas, l'anévrysme était en partie solidifié, et que la compression exercée par le sac anévrysmal sur sa propre artère pouvait avoir contribué à diminuer l'énergie des pulsations au-dessous du sac. Il est certain, en outre, que dans la très-grande majorité des cas, les battements explorés avec le doigt paraissent tout aussi forts du côté malade que du côté sain. Mais l'instrument de M. Marey permet d'apprécier des différences d'intensité trop légères pour être reconnues au toucher, et les résultats fournis par cet instrument chez mon malade ont pleinement confirmé les prévisions de la théorie, et mis en évidence l'affaiblissement du pouls de l'artère tibiale postérieure, dans un cas où l'exploration ordinaire semblait indiquer que l'énergie des pulsations n'était nullement diminuée.

— A quatre heures vingt minutes, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 5 juin 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

COMMUNICATION.

M. DEPAUL, après avoir rappelé la communication que M. Richet a faite récemment à la Société sur un **vice de conformation** fort curieux **de la lèvre inférieure**, les publications de M. Demarquay dans la *Gazette médicale*, et de M. Béraud dans les *Bulletins de la Société de biologie*, et la lettre de M. Lefort sur les faits observés en Angleterre par le docteur Murray, M. Depaul, dis-je, après ce court historique, présente à la Société une pièce relative à un pareil vice de conformation. La description qu'a donnée M. Richet de ce vice de

conformation est tout à fait applicable au fait de M. Depaul. La pièce sera du reste disséquée et étudiée avec plus de soin, et représentée à la Société. Voici cette observation.

Bec-de-lièvre bilatéral ou double, avec saillie considérable des os intermaxillaires, — sans solution de continuité de la voûte palatine, — sans bifidité du voile du palais. — On rencontre une disposition singulière de la lèvre inférieure, signalée dans une des dernières séances de la Société. (Cette enfant est la même que celle qui a été présentée par M. Richet.)

C... (Léonie-Alexandrine), née le 24 mars dernier, entrée le 30 mai. Cette enfant, très-irritable, crie constamment et ne prend le sein qu'avec une certaine difficulté ; elle est moins développée qu'une enfant de son âge.

Pas de diarrhée ni de vomissements.

Lèvre supérieure. — La lèvre supérieure présente à décrire trois portions, une médiane, qui recouvre les os intermaxillaires, et deux latérales parfaitement semblables.

Les os intermaxillaires font une saillie très-considérable en avant; à leur partie supérieure, on voit la sous-cloison bifurquée embrasser leurs sommets.

La partie médiane de la lèvre supérieure, qui recouvre la tumeur formée par les os intermaxillaires, se termine inférieurement par un bord arrondi assez large, tandis que supérieurement elle se rétrécit et se continue avec la peau du lobule du nez, qui, par suite de l'aplatissement de cet organe, ne fait qu'une saillie peu considérable.

Cette partie médiane de la lèvre supérieure est fixée aux os intermaxillaires par un pli de la muqueuse semblable au frein de la lèvre supérieure normale, mais qui en occupe toute la hauteur.

Les deux portions latérales de la lèvre sont sur un plan beaucoup plus postérieur que la portion médiane. Leurs extrémités internes commencent un peu en dedans de l'aile du nez ; en ce point les lèvres ne présentent qu'une hauteur très-peu considérable, et sont réunies aux os maxillaires par un petit frein. Cette extrémité interne étant beaucoup plus élevée que la commissure, le bord inférieur suit une direction oblique en bas et en dehors ; et à mesure qu'on s'approche de la commissure, la hauteur de la lèvre devient plus considérable.

Entre la partie médiane et les parties latérales, il reste de chaque côté une ouverture toujours considérable, comblée en partie par la tumeur des os intermaxillaires.

Comme l'indique le titre de l'observation, la voûte palatine et le voile du palais n'ont subi aucun arrêt de développement.

Lèvre inférieure. — La forme et le volume de la lèvre inférieure, considérée dans son ensemble, ne présentent rien d'anormal. Mais on y rencontre vers la partie moyenne une disposition singulière, qui mérite, à cause de sa nouveauté, une description détaillée.

Deux petits disques circulaires, d'une coloration plus foncée que celle de la muqueuse voisine, se voient de chaque côté de la ligne médiane.

Leur surface est légèrement déprimée ; à son centre se voit un petit tubercule ; ce tubercule, dont la couleur est analogue à celle du disque, est quelquefois très-saillant ; d'autres fois il semble rentrer sur lui-même ; mais quand on y regarde de plus près, on voit qu'il bouche alors une ouverture demi-circulaire, qui en arrière circonscrit son pédicule.

Un stylet, introduit dans cet orifice, permet d'évaluer à six ou huit millimètres la profondeur du cul-de-sac.

Un tissu contractile préside aux mouvements de ce petit tubercule, car parfois on le voit rentrer brusquement dans sa cavité ; à ce moment on s'aperçoit qu'un liquide analogue à de la salive est projeté à quelques millimètres.

Voilà tout ce que l'examen clinique peut montrer de cette curieuse disposition.

Opération. — Le 1er juin 1861, M. Depaul se décide à pratiquer une opération, dans le but de remédier à cette affreuse difformité et de rendre l'allaitement plus facile.

La tumeur, formée par les deux os intermaxillaires réunis, est tellement considérable, que l'avivement étant fait, il serait impossible d'amener en contact les bords des divers lambeaux.

D'un autre côté, enlever complétement les os intermaxillaires serait remplacer une difformité par une autre difformité ; car la lèvre supérieure, ne trouvant plus en arrière un point d'appui suffisant, serait entraînée dans cette direction, et la lèvre inférieure deviendrait proéminente, en simulant ce qu'on appelle le menton en galoche.

M. Depaul prend un moyen terme et se prépare à enlever seulement une portion de la tumeur osseuse, se proposant ensuite de luxer en arrière la partie restante, si elle offre encore une saillie trop considérable.

Pour arriver à ce résultat, deux sections sont pratiquées : une oblique de bas en haut et d'avant en arrière ; l'autre horizontale, au niveau de l'articulation de la cloison avec les os intermaxillaires. Ces sections, commencées avec un fort bistouri, sont achevées avec des ciseaux. Elles permettent d'enlever un coin de substance osseuse,

dont le tranchant regarde en bas. On y trouve deux sacs dentaires renfermant deux petites incisives.

Pendant et même après l'opération la petite malade perd beaucoup de sang. On a affaire à une hémorrhagie en nappe de toute la surface de la plaie, correspondant à la section osseuse et au frein divisé.

Le perchlorure de fer, employé avec toutes les précautions d'usage, reste insuffisant; on est forcé d'en venir au cautère actuel.

Enfin l'hémorrhagie est arrêtée, mais la petite opérée a perdu beaucoup de sang; elle en a avalé une portion peut-être aussi considérable. Il est impossible de terminer sur-le-champ l'opération, qui de cette manière se fera en deux temps.

Le résultat pourrait être fort avantageux, car les os intermaxillaires, diminués de volume et luxés en arrière, permettront d'affronter les lambeaux, tout en soutenant la lèvre reconstituée.

M. Depaul voit l'enfant dans la soirée; elle est très-agitée; on lui a fait prendre quelques cuillerées de lait coupé.

Le 2 juin, des selles mélaniques assez abondantes sont survenues; la diarrhée s'établit; il n'y a pas eu de vomissements.

Le 3, diarrhée abondante, vomissements, affaiblissement considérable.

Mort dans la matinée du 4 juin.

M. DESORMEAUX demande la parole sur une partie accessoire de la communication de M. Depaul.

M. Depaul a été forcé d'exciser une portion du tubercule incisif de son petit malade; c'est une opération pour laquelle on a proposé plusieurs procédés ingénieux, mais qui semblent à M. Desormeaux n'avoir que de rares applications. Une saillie, même considérable, n'empêche pas la réunion de la lèvre, dont la pression ramène ensuite l'os incisif à sa place.

Sur un malade de M. Desormeaux, la saillie du tubercule était de 12mm; elle n'empêcha pas la réunion des deux parties de la lèvre; le tubercule reprit sa place; et après quinze ou dix-huit mois, les dents qui avaient percé offraient une arcade bien régulière.

Sur un autre enfant, mort au bout d'un mois, l'os incisif avait déjà repris sa place.

Enfin, sur un troisième, qui périt huit jours après l'opération, le tubercule n'avait pas eu le temps de se replacer, mais sa saillie avait déjà bien diminué.

M. Desormeaux pense donc que le tubercule osseux doit presque toujours être conservé chez les nouveau-nés, et qu'on n'est forcé de

l'enlever et de sacrifier la régularité de l'arcade dentaire que dans de très-rares exceptions.

M. GIRALDÈS ne peut admettre ce que vient de dire M. Desormeaux. Il est des cas dans lesquels la saillie de l'os incisif est telle, qu'il n'y a point à songer à tenter une opération sans avoir préalablement fait disparaître cette difformité. Cet os résiste, et de plus il serait impossible de se servir du lambeau médian de la lèvre, et de réunir les parties écartées. M. Giraldès a vu, cette année, deux cas dans lesquels il fallait avoir recours à la section de l'os incisif : il l'a pratiquée sur l'un des enfants. Cette section est quelquefois très-difficile, à cause de la résistance de l'os. Enfin, M. Giraldès donne aussi, comme M. Depaul, la préférence à la résection partielle sur la résection totale de l'os intermaxillaire.

M. DEPAUL n'a pas posé en principe qu'il fallait toujours couper l'os incisif. Il pense que dans beaucoup de cas on peut et l'on dôit éviter cette opération. Mais dans ce fait particulier, et surtout en raison de la disposition singulière du bord alvéolaire, M. Depaul ne pense pas que l'on pût tenter une autre opération que celle qu'il a pratiquée. Le bord alvéolaire, au lieu d'être relevé en haut et en avant, avait pour ainsi dire basculé sur lui-même, et il était dirigé en bas et en arrière.

M. DESORMEAUX répond à MM. Giraldès et Depaul qu'il n'a pas condamné en principe l'excision de l'os intermaxillaire, mais qu'il la regarde comme applicable à des cas très-exceptionnels. Elle ne lui paraît pas avoir été nécessaire dans quelques-unes des observations qu'il a lues, et où on l'avait pratiquée.

ÉLECTION.

A quatre heures un quart, le scrutin est ouvert pour la nomination d'un membre titulaire. L'ordre de présentation des candidats est le suivant : En première ligne, M. Trélat ; en seconde ligne, M. Blot.

Voici le dépouillement du scrutin :

Votants, 29.

M. Trélat.	22 voix.	
M. Blot.	4 —	
Bulletins nuls.	3 —	29.

En conséquence, M. Trélat est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

RAPPORT VERBAL.

M. VERNEUIL rend compte d'une observation de M. le docteur Azam (de Bordeaux) sur une tumeur énorme du maxillaire inférieur très-

ancienne, et qui a nécessité l'extirpation de l'os. Le malade est guéri. M. Azam, après avoir détaché les parties molles et les tendons qui avoisinent le condyle, a enlevé la portion osseuse en la tordant et en l'arrachant. M. Verneuil approuve cette conduite, attendu qu'il est toujours dangereux de porter dans cette région, pour terminer complétement l'opération, un bistouri, même un bistouri boutonné.

M. CHASSAIGNAC fait remarquer que, quand l'opération est arrivée à ce point, on a porté le bistouri dans tous les endroits dangereux. L'os ne tient plus, et ce n'est vraiment pas le cas d'appliquer à cette traction de l'os le nom d'arrachement.

M. GIRALDÈS. M. Verneuil a dit dans son rapport que cet arrachement avait permis de laisser le périoste dans le fond de la plaie. Mais dans les cas de cancer, il serait inopportun et même dangereux de faire une opération suivant un procédé qui pût exposer à laisser ainsi le périoste.

M. VERNEUIL répond à M. Chassaignac que, même quand la capsule est ouverte, que les tendons, surtout celui du ptérygoïdien externe, sont coupés, il faut encore employer une certaine force pour enlever l'os, et que c'est bien un arrachement que l'on pratique. Du reste, il a pris soin d'expliquer cette variété d'arrachement.

Quant à l'objection de M. Giraldès, M. Verneuil fait remarquer que M. Azam n'a laissé qu'une petite languette de périoste, la partie de périoste attenante au bord postérieur de la branche montante. Dans les cas de cancer, il faut éviter de laisser dans le fond de la plaie la moindre portion douteuse.

M. HUGUIER a pratiqué cinq fois l'extirpation de la moitié du maxillaire inférieur. Il s'est toujours bien trouvé de ce procédé mixte. Pour ouvrir l'articulation, il place le doigt sur la face antérieure et fait une incision verticale. Il luxe alors le condyle, qui sort avec facilité sans qu'il soit besoin d'employer une grande force. Dans un cas pourtant où la portion horizontale de la mâchoire et la branche montante étaient affectées de cancer, le condyle s'est rompu ; mais, en saisissant la partie attenante au condyle avec une pince à griffes, M. Huguier put terminer l'opération presque aussi aisément que si cette brisure ne se fût pas produite.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

M. CHASSAIGNAC. Les **polypes des fosses nasales** sont rares chez les eufants. Il y a trois mois, j'ai enlevé des polypes à une fille de sept ans. Elle m'a été ramenée hier, et j'ai constaté qu'il existait une production polypeuse dans les fosses nasales, s'étendant jusque der-

rière le voile du palais. Cette enfant respirait très-difficilement. Or on voyait derrière la luette une petite masse qui semblait constituer comme une seconde luette. Elle était implantée sur la face postérieure du voile du palais. Je l'ai saisie avec les pinces à griffes latérales de M. Robert, et alors il m'a été facile de faire glisser l'écraseur et d'enlever cette première tumeur sans qu'il coulât une goutte de sang après la section du pédicule. Cette tumeur est aplatie, plus large qu'une pièce de cinq francs, et épaisse à peu près d'un centimètre. Elle est consistante, d'une couleur blanc-jaunâtre, rappelant par places le tissu fibreux, par places le tissu fibro-plastique.

Cette première opération faite, j'ai enlevé avec les pinces ordinaires les polypes nasaux. Enfin, j'ai terminé par une troisième opération : j'ai extirpé une amygdale hypertrophiée.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 12 juin 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le président annonce à la Société que M. Trélat, notre nouveau collègue, et M. Beyran, correspondant étranger, assistent à la séance.

— A l'occasion du procès-verbal, M. DEPAUL fait connaître le résultat que lui a donné la dissection de la pièce qu'il a présentée dans la dernière séance.

Les deux petits canaux sont placés sous la muqueuse, derrière la couche musculeuse. Ils n'offrent rien de particulier à l'intérieur. Mais autour d'eux on trouve des glandules qui sont situées entre eux et la peau; elles percent même à travers la couche musculaire : anomalie singulière, car les glandules labiales ne font pas ainsi hernie à travers les fibres musculaires.

Ces glandules sont volumineuses et semblent se grouper autour de ces deux petits canaux; elles viennent s'ouvrir dans leur intérieur.

M. BÉRAUD a trouvé des glandules salivaires, qui à l'état normal sont placées ainsi très-superficiellement du côté de la peau, en traversant les fibres musculaires de l'orbiculaire des lèvres; il a même vu, pour la lèvre supérieure, de petites tumeurs qui avaient leur siége dans ces glandules.

M. GUERSANT fait remarquer que cette opération du bec-de-lièvre viendrait à l'appui de l'opinion qu'il a déjà soutenue devant la Société, à savoir que pour les becs-de-lièvre compliqués il vaut mieux attendre que l'enfant soit plus âgé, et qu'il ait atteint huit ou dix mois ou un an au moins. Il voudrait, avant d'engager à pratiquer ces opérations prématurées, connaître au moins un certain nombre de succès.

M. DEPAUL répond à M. Guersant qu'il compte un grand nombre de succès. Il pense que si pour cet enfant on eût pu le placer dans de meilleures conditions, l'entourer de soins, lui donner une bonne nourrice, conditions que l'on rencontre en ville, il eût résisté à l'opération préalable qui avait été pratiquée.

M. Depaul insiste surtout sur l'hémorrhagie, complication fâcheuse et heureusement exceptionnelle. Il croit du reste ne pas devoir appuyer sur les arguments en faveur de l'opération pratiquée immédiatement, arguments qui ont déjà été développés devant la Société.

M. CHASSAIGNAC ajoute que des enfants, dans des cas de bec-de-lièvre compliqués, ont été amenés à la Société avant et après l'opération. Pour sa part, il en a présenté deux.

M. GIRALDÈS fait remarquer que cette discussion a déjà été plusieurs fois prise et reprise dans la Société, et que l'on en revient toujours aux mêmes arguments. L'opération, pratiquée dans de bonnes conditions, réussit dans l'immense majorité des cas; faite dans de mauvaises conditions, elle est souvent suivie d'insuccès.

La Société passe à l'ordre du jour sur la discussion relative à l'opportunité, ou la non-opportunité de l'opération du bec-de-lièvre compliqué, pratiquée dans les premiers temps de la naissance.

M. RICHET. Sans rentrer dans cette discussion, je désire pourtant dire quelques mots sur le fait présenté par M. Depaul. J'opère ordinairement les becs-de-lièvre compliqués à une époque très-rapprochée de la naissance, et j'ai obtenu de très-beaux succès. Si donc je n'ai pas opéré cet enfant, présenté par M. Depaul, c'est que j'ai dû retarder l'opération. Cette petite fille a été prise de muguet, et quand elle fut guérie, je l'envoyai à la campagne pour qu'elle pût se rétablir. Au lieu de la ramener dans mon service, la mère l'a fait entrer à l'hospice des Enfants assistés.

— A l'occasion de la pièce présentée par M. Chassaignac dans la dernière séance, **M. VERNEUIL** fait connaître en quelques mots le résultat de ses recherches. La surface en est réticulée, et les petites saillies sont dues à des saillies papillaires. Le parenchyme est constitué par un tissu mou, assez lâche: c'est du tissu fibreux en voie de formation.

LECTURE.

M. le secrétaire général donne lecture du travail suivant de M. GOYRAND (d'Aix), sur les hernies ombilicales, adressé à la Société dans une des séances précédentes :

Au moment de la clôture de la discussion sur l'étranglement des hernies, M. Huguier a émis le vœu que la Société entrât bientôt dans une discussion sur l'étranglement dans les hernies ombilicales. Notre savant collègue pense que dans ces cas il ne faut pas faire la kélotomie. Il possède, dit-il, déjà un certain nombre de faits intéressants, sur lesquels il appuie sa pratique.

Cette proposition, sans autre explication, pourrait mettre bien des chirurgiens dans l'embarras, et il importerait que M. Huguier fît connaître ses vues nouvelles et les motifs qui lui font rejeter le débridement dans cette espèce de hernie.

Est-ce à cause de la gravité de l'opération, de la rareté des succès? Mais si c'est là le motif qu'il allègue, on lui répondra par cet aphorisme si sage et si souvent répété : *Melius anceps quam nullum...*

M. Huguier pense-t-il que le taxis prolongé et forcé doive toujours triompher de l'étranglement de la hernie ombilicale? Mais il doit lui arriver, comme à nous tous, d'être appelé auprès d'un malade qui est traité depuis plusieurs jours par d'autres médecins, et qui se trouve dans de telles conditions qu'il y aurait imprudence à repousser l'intestin dans le ventre sans l'avoir mis à découvert et examiné avec attention. Ainsi, jusqu'à présent, le principe émis par M. Huguier me semble inacceptable. Ce chirurgien produira ses faits dans la discussion; que chacun apporte ici son contingent d'observations; qu'on puisse compter les faits, les peser, et de leur comparaison on pourra déduire des conséquences d'une grande valeur pratique.

Pour mon compte, j'ai rencontré cinq cas d'étranglement grave de hernies ombilicales ou circum-ombilicales. Dans un cas, la hernie s'était faite par suite de la distension qu'avait subie la cicatrice ombilicale chez un homme atteint d'ascite. Les accidents furent sérieux; néanmoins le taxis en triompha. Dans un autre cas, les accidents, modérés pendant les deux premiers jours, prirent tout à coup un tel caractère de gravité, qu'il n'y eut plus lieu de penser à une opération. Le malade mourut soixante-trois heures après le début des accidents. Enfin, j'ai pratiqué le débridement chez mes trois autres malades, et tous les trois ont été sauvés. Ainsi, à juger du danger de l'étranglement dans la hernie ombilicale par les faits que j'ai observés, on croirait que cet accident n'est pas plus grave dans cette hernie que dans les hernies inguinale et crurale. Or, au dire de

tous les chirurgiens, il en est autrement. Evidemment, j'ai rencontré une série heureuse. Mais M. Huguier, de son côté, ne serait-il pas tombé sur une mauvaise série ?

Voici mes observations :

Obs. I.— *Hernie exomphale chez un sujet atteint d'ascite. Etranglement. Réduction par le taxis.*

Je n'ai pas retrouvé les notes que j'avais recueillies sur le fait de hernie ombilicale chez l'hydropique dont j'ai parlé plus haut ; c'est donc de souvenir seulement que je vais en dire quelques mots.

Le malade était âgé de quarante-cinq ans environ ; l'épanchement avait distendu la cicatrice ombilicale, qui était soulevée en un sac transparent, sur lequel se voyaient des brides résistantes allant de la base au sommet de la tumeur, à laquelle elles donnaient un aspect multilobé. L'intestin s'engagea dans cette poche et s'y étrangla. Les accidents furent graves et durèrent vingt-quatre heures. Cependant le taxis finit par en triompher.

Bientôt il y eut des selles abondantes, et tous les symptômes de l'étranglement disparurent. Le malade était étranger ; peu de jours après cet accident il quitta l'hôpital d'Aix, et je ne sais ce que sont devenues l'ascite et la hernie.

La coïncidence de la hernie étranglée avec l'ascite doit rendre le taxis plus efficace. En effet, le pourtour de l'anneau dilaté par la sérosité abdominale ne présente pas une grande rigidité ; et si une partie de la sérosité qui se trouve toujours, dans ce cas, en grande quantité dans le sac avec les organes déplacés, vient à passer sous la pression des doigts entre les parties herniées et le collet du sac, elle doit préparer la voie aux premières et faciliter leur rentrée dans la cavité abdominale.

Obs. II. — *Hernie ombilicale étranglée. Gangrène de l'intestin. Mort sans opération.*

Le 8 février 1845, je fus appelé à Salon, auprès de M. E..., juge de paix, qui était atteint d'une hernie étranglée.

Le malade était un vieillard de soixante-quatorze ans, obèse. Sa hernie était ombilicale ; elle formait une tumeur plate, de la largeur de la paume de la main, développée au-dessous de la cicatrice ombilicale. Celle-ci correspondait à la partie supérieure de la tumeur, qui la refoulait en haut. La hernie existait depuis seize ans, et depuis sept ou huit ans elle n'était plus réductible qu'en partie. M. E... avait porté dans les premiers temps un bandage à ressort, mais ne

contenait plus sa tumeur, depuis quelques années, qu'au moyen d'une ceinture lacée. La peau de la tumeur était brune ; le tissu cellulaire qui doublait cette membrane était si dense, que la peau n'aurait pas pu être pincée.

La hernie, dure à sa partie supérieure, était fluctuante en divers points, vers sa partie inférieure; elle était peu douloureuse, même à la pression.

Quand j'arrivai chez le malade, la hernie était étranglée depuis cinquante-quatre heures. Les vomissements n'étaient survenus que vingt-quatre heures après le début des accidents. Ils avaient été peu fréquents d'abord, mais en ce moment les nausées étaient presque continuelles ; il y avait des vomissements de petites quantités de liquides d'aspect stercoral et un léger hoquet. La température de la peau et le pouls étaient à peu près à l'état normal. Il n'y avait pas de douleur péritonéale, mais une sensation de constriction douloureuse à la partie supérieure du ventre ; la constipation était complète depuis le premier jour.

Le taxis avait été tenté plusieurs fois sans résultat. Le malade n'était pas décidé à se soumettre tout de suite à l'opération. Nous le laissons à six heures, après avoir prescrit un lavement purgatif et les fomentations émollientes. Pendant notre absence, M. E.... fait venir un notaire et s'occupe de ses affaires.

Revenu à neuf heures, nous constatons avec étonnement dans l'état du malade un changement des plus fâcheux. Il n'y a plus eu de vomissement, mais le hoquet a redoublé, l'anxiété est extrême, la peau est froide, le pouls presque imperceptible, la voix éteinte ; en un mot, l'état est si grave que plusieurs médecins présents, parmi lesquels se trouve le frère du malade, médecin aussi, jugent comme moi que la kélotomie ne présenterait plus de chances de succès. Nous prescrivons l'usage des stimulants diffusibles et des sinapismes ; le mal s'aggrave de plus en plus, et la mort arrive à trois heures du matin, neuf heures après ma première visite, soixante-trois heures après le début des accidents.

Mon ami, M. le docteur Moutin (de Salon), l'un des médecins du malade, dissèque la hernie douze heures après la mort, et me transmet les détails suivants :

« La peau de la tumeur a été divisée crucialement; puis, par une dissection attentive, les quatre lambeaux ont été détachés du sac, dont ils étaient séparés par une couche mince et serrée de tissu cellulaire. Le sac a été ensuite largement ouvert; il contenait une assez grande quantité de sérosité brunâtre, une masse considérable d'épiploon infiltrée d'une graisse consistante, notablement injectée, re-

marquable par la dilatation de ses veines, adhérente en plusieurs points du sac, notamment au collet; enfin, au-dessous et en arrière de l'épiploon, une anse intestinale d'un brun noirâtre, molle, complétement gangrenée, mais sans perforation, et fortement serrée par l'anneau ombilical. »

On ne dit pas si c'était l'intestin grêle ou le gros intestin qui se trouvait dans la hernie.

« En résumé, dit M. Moutin :

» 1° Sac séparé de la peau par une couche mince, dense et serrée de tissu cellulaire;

» 2° Grande masse d'épiploon tenant au sac, surtout vers son collet, par des adhérences celluleuses anciennes;

» 3° Grande anse intestinale complétement gangrenée;

» 4° Etranglement très-serré par l'anneau ombilical.

» Voilà, mon cher confrère, le résultat de l'autopsie. »

Je regrette que M. Moutin n'ait pas ouvert la cavité abdominale, et qu'il n'ait pas étudié minutieusement la disposition de l'anneau constricteur pour reconnaître si la hernie s'était faite par l'anneau ombilical même ou par une éraillure voisine de cet anneau.

Les accidents dans ce cas ont marché très-rapidement dans les dernières heures de l'étranglement; mais quel chirurgien ne se rappellera les avoir vus marcher plus vite encore dans certaines hernies inguinales et surtout crurales?

Obs. III. — *Hernie sus-ombilicale étranglée; kélotomie; guérison* (1836).

Mme M..., âgée de soixante-douze ans, bonne santé habituelle. Cette dame était depuis le 13 avril retenue dans son lit par une fracture de la jambe, quand, à la fin du même mois, une hernie ombilicale, dont elle était affectée depuis cinquante ans, époque de son premier accouchement, et qu'elle avait toujours contenue, sortit, et fut réduite par le taxis. L'anneau par lequel elle était sortie, situé au-dessus et près de la cicatrice ombilicale, était rond, avait des bords résistants, et admettait à peine le bout de l'index.

Le 1er mai, cet accident se renouvela et fut accompagné d'un vomissement; on réduisit encore, et on appliqua la bandage.

Le 8 mai, enfin, à sept heures du matin, à la suite de grands efforts que fit la malade pour aller à la garde-robe, l'étranglement se produisit de nouveau, et cette fois on ne put parvenir à réduire; il survint des vomissements; la saignée, le bain chaud, les sangsues, les lavements purgatifs, ne rendirent pas le taxis plus efficace.

Le 9, à midi, nausées continuelles, vomissements fréquents; con-

stipation complète, anxiété, découragement; pouls dur et fréquent; mais la tumeur était molle et peu douloureuse à la pression; le ventre était souple; la malade se plaignait de fortes tranchées et d'une constriction au ventre; mais il n'y avait pas de douleur péritonéale. Lavement de tabac suivi d'un nouveau taxis encore sans résultat.

Le soir, anxiété encore augmentée, ventre sensiblement ballonné, pas de changement notable dans la tumeur. Malgré la mollesse et l'indolence de la hernie, la persistance et la gravité des autres symptômes me font considérer l'opération comme urgente, et je la pratique à huit heures du soir, trente-huit heures après le début des accidents, assisté de mes maîtres les docteurs Arnaud et Guiran.

Craignant les effets de la communication large et directe que le débridement par la méthode ordinaire établit entre la cavité abdominale et l'extérieur dans ces hernies, je voulus débrider sans ouvrir le sac, et dans cette intention je fis à la peau une incision oblique, qui de la partie supérieure gauche de la tumeur se portait en haut et à gauche; il fallut donner à cette incision une longueur assez considérable à cause de l'embonpoint de la malade. Le *fascia superficialis* divisé, la transparence du sac permit de reconnaître la teinte brun-foncé de son contenu, et craignant de réduire un intestin trop altéré, j'ouvris le sac. Il contenait deux ou trois onces de sérosité sanguinolente noirâtre. Cette poche fut d'abord divisée jusqu'à sa partie supérieure, dans la direction de l'incision de la peau; puis, le doigt servant de conducteur au bistouri boutonné, je divisai dans la même direction oblique le sac et la peau jusqu'à la partie inférieure de la hernie. Celle-ci était formée d'une anse d'intestin grêle de trois ou quatre pouces de longueur, d'un brun foncé, vide et aplatie, qui ne me parut pourtant pas suspecte de gangrène. Il n'y avait pas d'épiploon; l'étranglement était très-serré. Un débridement d'une ligne et demie dirigé en haut et à gauche fit cesser l'étranglement. Je pus alors attirer au dehors l'intestin, et quand j'eus reconnu que cet organe ne présentait aucune altération grave ni dans la longueur de l'anse ni dans les points qui avaient subi la constriction, je le réduisis.

L'incision extérieure, oblique de haut en bas et de gauche à droite, avait quatre pouces de longueur. Son extrémité inférieure était à droite de l'ombilic; ses bords furent rapprochés par des bandelettes agglutinatives.

Pendant la nuit et le lendemain, la malade eut plusieurs selles; cependant les nausées et les vomissements persistèrent encore pendant vingt-quatre heures, s'accompagnant de coliques, de tension de l'ab-

domen et d'un état fébrile assez intense. Tout alla bien ensuite, et le 26, dix-huitième jour après l'opération, la plaie était cicatrisée.

Quand elle commença à se lever, Mme M... reprit son bandage, qu'elle ne quitta plus depuis. Elle mourut quatre ans après d'une maladie organique du cœur ; sa hernie ne s'était pas reproduite.

Cette hernie se trouvait dans des conditions peu avantageuses ; l'intestin n'y était pas garanti par l'épiploon contre l'action de l'anneau étroit et résistant qui l'étranglait, et cependant, après trente-huit heures d'étranglement, il n'avait subi encore aucune altération grave.

On aura remarqué que, dans ce cas, les symptômes locaux n'étaient point en rapport d'intensité avec les symptômes généraux et avec la gravité de l'étranglement. Quand j'ai opéré, la hernie était molle et peu douloureuse, même à la pression, et cependant la fréquence des vomissements, la fièvre, rendaient le débridement urgent, et la teinte brune de l'intestin, la persistance des accidents après l'opération, ont bien prouvé qu'on ne s'était pas trop hâté d'opérer. C'est que l'anse intestinale était vide et molle, et que la distension par des gaz, qui fait que l'intestin résiste à la pression, contribue beaucoup à produire les douleurs dont la hernie étranglée est si souvent le siége.

Obs. IV. — *Hernie ombilicale entéro-épiploïque étranglée; débridement; réduction de l'intestin et d'une masse épiploïque indurée et ecchymosée; guérison* (1837).

Mme D..., ancienne garde-accouchée, âgée de soixante-douze ans, avait depuis plus de trente ans une hernie ombilicale, irréductible en partie et très-gênante, dont elle contenait la partie réductible au moyen d'un bandage fort mal construit. Cette hernie avait été plusieurs fois incarcérée, et on était toujours parvenu à la réduire.

Le 23 juin, survient un étranglement qui résiste au taxis secondé d'un traitement médical rationnel. Appelé en consultation le 26, je trouve une tumeur semi-sphérique, ayant 8 ou 9 centimètres de diamètre, située immédiatement au-dessous du nombril. Cette tumeur, douloureuse, surtout à la pression, contient évidemment du liquide, des parties solides élastiques et d'autres parties plus résistantes, dures. Le ventre est souple, non douloureux à la pression ; il y a des coliques, des nausées fréquentes, des vomissements stercoraux, de la fièvre ; la face est altérée, la voix cassée. L'opération est jugée indispensable et urgente ; je la pratique à trois heures de l'après-midi, avec MM. les docteurs Guiran et Féraud ; ce dernier était le médecin de la malade.

Incision longitudinale dépassant les deux extrémités du diamètre correspondant de la hernie. La couche celluleuse sous-cutanée est très-mince, quoique la malade ait assez d'embonpoint. Le *fascia superficialis* et le sac sont entamés ensemble d'un coup de bistouri, puis incisés dans toute la hauteur de la hernie ; il s'écoule une cuillerée et demie de sérosité sanguinolente. La hernie contient une portion d'intestin grêle de 12 à 14 centimètres, d'un rouge brun, et une masse épiploïque volumineuse placée au-devant de l'intestin. L'épiploon, large, souple et membraneux vers l'anneau, présente inférieurement un bord épais, dur, ecchymosé, noirâtre, presque splénifié dans une partie de son étendue. Je fais un débridement de 5 à 7 millimètres sur la partie supérieure gauche de l'ouverture abdominale. L'intestin, d'abord un peu attiré au dehors et reconnu sain dans le point qui supportait l'étranglement, est réduit sans difficulté. La chaleur abdominale me paraît devoir faciliter la résolution de l'engorgement de l'épiploon, et je réduis ce repli du péritoine, qu'il eût été plus prudent d'exciser. Il n'y a pas eu de vaisseau à lier. Les bords de l'incision sont rapprochés par trois points de suture entrecoupée. Au moyen d'un tampon de charpie et d'une compresse épaisse, mais étroite, fixés par des bandelettes agglutinatives, j'applique les bords de la plaie et la partie antérieure du sac contre la paroi postérieure de cette poche et l'ouverture abdominale.

Après l'opération, plus de vomissements ; première selle douze heures après le débridement. La suture a été enlevée le cinquième jour. La plaie a suppuré. Le vingtième jour, elle était cicatrisée. Mme D... fit sa première sortie le vingt-quatrième jour. Je lui fis reprendre le bandage, quoique la hernie ne parût pas avoir de tendance à se reproduire.

Cette femme s'estimait très-heureuse d'avoir eu à subir une opération qui l'avait délivrée d'une infirmité très-gênante.

Ainsi, trois jours d'accidents graves ; réduction d'une masse épiploïque dure, ayant perdu sa texture membraneuse, et de plus très-contuse, qui aurait dû être excisée : voilà certes des circonstances qui donneraient des craintes, quelle que fût l'espèce de hernie débridée. Voyez pourtant combien ont été simples les suites de cette opération !

Obs. V. — *Hernie ombilicale entéro-épiploïque étranglée ; kélotomie ; réduction de l'intestin ; épiploon laissé dans le sac ; guérison.*

La sœur J..., tourière d'un couvent de religieuses Ursulines, âgée de cinquante-quatre ans, très-forte, d'un tempérament sanguin, d'un caractère gai, d'un embonpoint considérable, a depuis douze ans

une hernie située sur la ligne médiane de la paroi abdominale, immédiatement au-dessus de l'ombilic. La sœur porte un bandage à ressort, qu'elle ne quitte pas même la nuit. Elle assure que sa hernie se réduisait entièrement. Il lui était quelquefois arrivé de voir sa tumeur sortir, parce que le bandage était mal appliqué; elle avait alors des coliques; mais la position horizontale et une pression que la malade exerçait avec ses doigts avaient toujours fait rentrer la hernie.

Le 15 janvier 1853, la hernie sort et ne peut plus rentrer. Dès ce moment, coliques, vomissements. Un médecin appelé le 16 au matin, quinze heures après le début des accidents, cherche à réduire et ne peut réussir. Il saigne alors la malade, frictionne la tumeur avec de l'extrait de belladone, fait appliquer des cataplasmes, donne par cuillerées une potion avec trois gouttes d'huile de croton, et revient au taxis, qui est encore sans résultat.

Appelé à six heures du soir, je trouve la hernie globuleuse, masquée en partie par la graisse, faisant une saillie peu visible, mais qu'on reconnaît en palpant. La tumeur a le volume d'une pomme de moyenne grosseur; elle repousse en bas la cicatrice ombilicale. La couche graisseuse qui la recouvre, mince au centre, va en augmentant d'épaisseur à mesure qu'on s'éloigne de ce point. La hernie est comme enfoncée dans la couche adipeuse sous-cutanée, qui a une grande épaisseur. La tumeur est élastique; elle n'est pas très-dure, ni très-douloureuse à la pression; elle est sonore à la percussion à sa partie moyenne. L'abdomen est un peu ballonné. Il n'existe pas de douleur de péritonite, mais des coliques très-vives autour de la hernie, surtout à gauche. Depuis midi, les vomissements se sont répétés plusieurs fois; les nausées sont très-fréquentes; la constipation est complète depuis le début des accidents. L'état général est, du reste, assez rassurant: la fièvre est modérée; la peau est chaude; le pouls est assez plein; la langue est humide.

Il reste à peu près un tiers de la potion à l'huile de croton qui a été prescrite par le médecin ordinaire. Nous convenons qu'on fera prendre ce qui en reste en deux fois, à une heure d'intervalle, que l'on continuera les applications froides sur la tumeur, et que nous nous réunirons de nouveau à neuf heures du soir.

A cette heure-là, pas de changement; il y a encore eu deux vomissements abondants; nouveaux essais de taxis sans effet; j'opère avec l'assistance de MM. les docteurs d'Astros et Pons. — Incision longitudinale de 8 centimètres.

Au sommet de la tumeur, le sac n'est séparé de la peau que par une très-mince couche de tissu cellulaire; je l'ouvre après l'avoir

pincé, et je l'incise dans toute sa hauteur, ainsi que le tissu adipeux dans lequel il est plongé.

La hernie est formée d'une anse d'intestin grêle et d'une portion d'épiploon chargée de graisse, qui adhère au collet du sac d'une manière intime, et à la face intérieure de cette poche par deux brides celluleuses que je divise avant de passer outre.

L'intestin est d'un brun rougeâtre, d'une consistance normale; il n'y a que quelques gouttes de sérosité dans le sac; je cherche à débrider entre le sac et l'épiploon, mais j'en suis empêché par les adhérences celluleuses qui unissent ces parties; je glisse alors l'ongle entre l'épiploon et l'intestin, et avec un bistouri mousse je divise quelques fibres du pourtour de l'anneau, qui laisse alors passer la dernière phalange de l'index, sur laquelle j'introduis le bistouri boutonné pour opérer un débridement de 5 ou 6 millimètres, dirigé en haut et à gauche. L'anneau est alors bien assez large; j'attire dehors le pédicule de l'anse intestinale; je trouve un des bouts fortement rétréci par l'étranglement, l'autre l'est beaucoup moins. Du reste, pas d'ulcérations, pas d'amincissement notable des parois dans le point étranglé. Je réduis l'intestin, et laisse dans le sac l'épiploon adhérent et chargé de graisse.

Je réunis les bords de l'incision sur l'épiploon par six points de suture, et j'exerce sur la plaie, vis-à-vis de l'anneau, une légère compression au moyen de compresses pyramidales maintenues par de longues bandelettes agglutinatives. — Potion diacodée par cuillerées.

La nuit qui suit l'opération, selles abondantes, liquides, et accompagnées de beaucoup de gaz.

Le lendemain matin 17, il n'y a plus eu de vomissements; quelques coliques; pas de douleur péritonéale; retour de la gaieté. — Diète; orangeade; un lavement suivi d'une selle.

Le 19, retour de l'appétit. — Trois bouillons; selle copieuse à la suite d'un lavement.

Le 20, état parfait; pansement. J'enlève trois points de suture, et j'en laisse trois. La plaie ne suppure que dans quelques points. — Deux potages, deux bouillons.

Le 21, j'enlève les trois derniers points de suture.

Le 23, la plaie est linéaire, et ne donne plus que quelques gouttes de pus. L'appétit est excellent. On permet à la malade de le satisfaire.

Le 3 février, guérison parfaite.

Après la cicatrisation, le doigt appliqué sur l'anneau qui avait donné passage à la hernie sent une impulsion pendant la toux; il existe de plus, au-dessous de la cicatrice ombilicale, une autre hernie

réductible seulement en partie, qui n'avait pas été aperçue lors du premier accident. Je fais porter un bandage à ressort horizontal dont la pelote, de forme ovale, est convexe à sa partie supérieure et creusée vers sa partie inférieure d'un petit godet destiné à recevoir la saillie que forme la partie non réductible de la hernie inférieure.

Il existe entre ces faits des points de ressemblance et quelques différences que je vais tâcher de faire ressortir.

Chez nos quatre derniers malades, la hernie était très-ancienne; elle existait dans un cas depuis cinquante ans (obs. III), chez un autre depuis trente ans (obs. IV), chez le sujet de la deuxième observation depuis seize ans; enfin, la plus récente (obs. V), datait encore de douze ans. Elles ont donc toutes existé pendant un grand nombre d'années avant de donner lieu à des accidents graves.

Trois de ces hernies n'avaient pas pu être exactement contenues et avaient fini par devenir irréductibles en partie; l'épiploon ne rentrait plus (obs. II, IV et V).

De cette contention incomplète sont résultées l'induration graisseuse de l'épiploon (obs. II, IV et V), et des adhérences celluleuses entre le repli du péritoine et le sac (obs. II et V).

Les trois hernies qui ont été opérées contenaient de l'intestin grêle; dans aucune ne s'est trouvé l'arc du côlon. Pour la deuxième observation, celle dans laquelle nous avons vu la malade mourir de la gangrène de l'intestin sans être opérée, la chose n'est pas dite; M. Moutin, dans le compte rendu de l'autopsie, a dit qu'il avait trouvé une grande anse d'intestin gangrenée, sans indiquer quelle était cette partie du tube digestif; mais le gros intestin aurait, je crois, résisté plus longtemps à la gangrène.

On dit que les hernies ombilicales ne contiennent pas ordinairement de sérosité. Il en a été autrement dans les faits que j'ai observés. La sérosité était abondante chez les sujets de mes deuxième, troisième et quatrième observations; chez la sœur J..., seulement, j'ai noté qu'il n'y en avait que quelques gouttes.

Les observations qui précèdent soulèvent une question qu'on s'est posée bien des fois. Les hernies ombilicales des adultes sortent-elles ordinairement par l'anneau ombilical ou par des éraillures ayant leur siége au voisinage de l'anneau?

Le premier fait, celui qui n'est rapporté qu'en une note sommaire, ne peut laisser de doute sur ce point : dans ce cas, la cicatrice ombilicale, distendue par la sérosité péritonéale, s'est laissée dilater et étendre en membrane; évidemment, la hernie s'est faite ici par l'anneau ombilical.

Dans cette espèce de hernie, les enveloppes semblent n'être for-

mées que d'un seul feuillet, séreux du côté du ventre, cutané à l'extérieur. C'est d'après des faits de ce genre qu'on a dit que la hernie ombilicale n'avait pas de sac. Ce doit être aussi dans de pareils cas que A. Cooper a vu les enveloppes de la hernie ombilicale frappées de gangrène dans l'étranglement.

Chez Mme M... (obs. III), l'anneau par lequel sortait la hernie était situé au-dessus de l'anneau ombilical, et évidemment indépendant de celui-ci ; mais dans mes observations II, IV et V, les hernies, développées tout près de la cicatrice ombilicale, qu'elles repoussaient en haut ou en bas sans en changer l'aspect, étaient-elles *ombilicales* ou *adombilicales?* La chose n'a pas été vérifiée dans l'autopsie du sujet de ma deuxième observation, je le regrette. Dans les deux autres cas (obs. IV et V), l'opération ne pouvait résoudre la question, qui, du reste, intéresse moins le praticien que l'anatomo-pathologiste.

Dans mes trois opérations je n'ai fait que des débridements simples de 5 ou 6 millimètres, comprenant le collet du sac et le pourtour de l'anneau, et ce petit débridement d'un anneau que la distension avait rendu parfaitement circulaire a suffi pour donner à l'ouverture abdominale des dimensions qui ont permis une réduction facile, même dans l'observation IV, où j'ai replacé dans le ventre une masse épiploïque volumineuse et dure.

Enfin, on remarquera la guérison à peu près radicale amenée par la kélotomie chez les sujets de mes observations troisième et quatrième. Tous les chirurgiens qui ont opéré un certain nombre de hernies inguinales et crurales savent bien que jamais la kélotomie n'en amène la guérison radicale, et que, malgré la précaution que prennent les chirurgiens prudents de faire porter le bandage à leurs opérés dès qu'ils se lèvent, jamais on n'en voit chez qui l'infirmité ne se soit reproduite deux ou trois mois après l'opération ; or, chez mes deux malades, le bandage appliqué après la guérison de la plaie a suffi pour empêcher que la hernie ne se reformât.

Cette différence dans les résultats consécutifs de l'opération tient sans doute à ce que les viscères flottants du ventre, entraînés par leur poids et poussés par les puissances musculaires, se portent sur la partie inférieure de la paroi abdominale, contre laquelle ils viennent se buter, tandis qu'ils ne font que glisser derrière cette paroi, à la hauteur de la région ombilicale.

Telles sont les observations que j'ai recueillies sur ce sujet important dans une pratique de plus de trente années ; j'en résume le résultat en deux mots : trois opérations dans des cas d'étranglement grave, trois succès. Ces faits, on le voit, ne sont pas de nature à

justifier la proscription dont M. Huguier veut frapper la kélotomie appliquée à la hernie ombilicale étranglée.

La Société décide que le travail sera imprimé, et que la discussion sera mise à l'ordre du jour dans une séance ultérieure.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. CHASSAIGNAC présente un malade dont il a déjà entretenu la Société. C'est le jeune homme sur lequel il a pratiqué la ligature de la carotide pour arrêter une hémorrhagie foudroyante survenue à la suite de l'ouverture d'un abcès dans le pharynx. La tumeur pharyngienne a depuis longtemps complétement disparu ; ce garçon a parfois la voix enrouée dans les temps humides; mais il est robuste, bien constitué et jouit d'une parfaite santé. Les battements ont reparu dans la carotide au-dessus du point où a porté la ligature.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL présente une pièce qui a été adressée par M. Mirault (d'Angers). C'est une **cataracte.** Le cristallin est sorti avec sa capsule après l'incision de la cornée. On voit un bel exemple de cataracte capsulaire.

M. RICHET a présenté à la Société une pièce semblable, une **cataracte polaire antérieure**. La pièce est déposée au musée Dupuytren.

— M. MOREL-LAVALLÉE présente une portion de tendon qui offre une lésion assez curieuse. Ce **tendon** provient du court péronier latéral, et il offre dans son intérieur une **infiltration sanguine**, de véritables petites ecchymoses. Le malade a eu le pied écrasé dans une machine, et il est mort d'infection purulente. Cette portion du tendon que présente M. Morel-Lavallée n'était en contact ni avec le pus ni avec un épanchement sanguin. La tache ecchymotique ne disparaît pas par le lavage, et elle est située dans l'épaisseur du tendon. On la voyait par transparence.

Le sang n'a pas pu venir par le bout rompu, puisqu'il n'y avait pas de sang entre la rupture et la tache qui existe.

Ce fait tendrait donc à prouver la vascularité propre des tendons, et il ne peut pas être comparé aux cas dans lesquels il y a des vaisseaux développés dans le tendon d'Achille. On a vu ces vaisseaux dans des injections. Ici c'est un véritable épanchement.

M. RICHET a observé quelques faits analogues ; il a même rencontré de petits vaisseaux variqueux ; ces lésions avaient pour siége le tendon d'Achille.

Mais ces faits ne prouvent rien en faveur de la vascularité des tendons.

Nouveau mode de pansement. — M. DESORMEAUX présente une préparation dont il se sert dans le pansement des plaies, et dont la formule lui a été donnée par M. Joulis, pharmacien à l'hôpital Saint-Antoine, pour remplacer le cérat lorsqu'on veut éviter l'emploi de corps gras, ou introduire dans le pansement certaines substances médicamenteuses.

La glycérine, proposée pour remplacer le cérat, n'est pas devenue d'un usage général, sans doute à cause de son état liquide, qui la rendrait plutôt propre à remplacer l'huile.

La substance proposée par M. Joulis est un mélange de glycérine et d'amidon, suivant la formule suivante :

Glycérine.	4 kilogrammes.
Amidon.	500 grammes.

On traite l'amidon par l'eau bouillante, de façon à en faire un empois clair, puis on le mêle à chaud à la glycérine, en triturant pendant dix minutes environ à l'aide d'un pilon.

Depuis plus d'un mois, M. Desormeaux emploie ce mélange dans le pansement de toutes les plaies, et lui a trouvé les avantages suivants. La suppuration pénètre facilement le pansement et ne séjourne pas sur la plaie. Les parties voisines sont d'une propreté remarquable, et ne présentent pas les accidents d'irritation que les corps gras déterminent dans le voisinage des plaies. Jusqu'ici toutes les plaies pansées avec cette substance ont présenté une surface d'un rose vif, avec peu de tendance à l'exubérance des bourgeons charnus.

Un grand avantage de cette substance, c'est la facilité avec laquelle elle s'unit à presque tous les médicaments solubles dans l'eau ou dans l'alcool. Le tannin, les extraits, s'y dissolvent parfaitement, ainsi que le sublimé corrosif.

M. Desormeaux a entendu dire qu'une préparation analogue était employée à l'étranger, mais il n'a pu se procurer d'indications à ce sujet. Du reste il y attache peu d'importance, n'ayant aucune prétention à faire valoir des droits d'inventeur ou d'importateur.

Il a voulu seulement mettre ses collègues à même d'expérimenter un moyen de pansement qui lui paraît avoir de grands avantages.

M. LARREY espère que cette question sera un jour discutée devant la Société. Il pense que l'on a trop exagéré les avantages de la glycérine.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 10 juin 1861.

Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. le président annonce que M. Camille Bernard (d'Apt), membre correspondant, assiste à la séance.

— M. Giraldès, à l'occasion du mode de pansement des plaies proposé par M. Desormeaux, dans la dernière séance, dit qu'il emploie ce mélange depuis plus d'un an, qu'il l'a expérimenté à l'hospice des Enfants assistés et à l'hôpital des Enfants malades, pour les maladies des yeux. Il y a plus de deux ans que la formule lui a été communiquée par M. Græfe. Cette formule est du reste consignée dans les *Archives d'ophthalmologie* de Græfe (1860) ; et ce mélange est même assez connu sous le nom d'onguent à la glycérine de Græfe. Il offre surtout l'avantage, comme l'a dit M. Desormeaux, de pouvoir dissoudre un grand nombre d'agents médicamenteux, de se combiner facilement avec les larmes ; et cette dernière propriété recommande surtout son emploi dans les maladies de la conjonctive et de la cornée.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu le second volume de l'année 1861 du *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, de Prague.

— M. le docteur Gyoux adresse à la Société un exemplaire de chacune des deux thèses qu'il a soutenues à la Faculté de Paris pour le doctorat en médecine et pour le doctorat en chirurgie. La première intitulée : *Des opérations destinées à diminuer le volume du fœtus*, 1859. La seconde : *De l'enchondrome du testicule*, 1861.

— M. Larrey dépose sur le bureau une note *sur un cas de monstruosité antositaire*, communiquée à l'Académie de médecine. Paris, 1861, in-8°.

— M. Debout présente au nom de M. le docteur Dauvergne, de Manosque (Basses-Alpes), candidat au titre de correspondant national, un mémoire manuscrit, avec planches, intitulé : *Nouvel ambi pour les luxations scapulo-humérales anciennes et difficiles*. (Commissaires, MM. Boinet, Debout et Larrey).

— M. Cullerier donne lecture d'une lettre de M. le docteur Vinson, de Saint-Denis (île de la Réunion), à propos d'un rapport que M. Cul-

lerier a fait sur un mémoire de M. le docteur Azéma, sur l'ulcère de Mozambique. M. Vinson se plaint que le rapporteur n'ait pas cité ses travaux et n'ait pas dit que c'était lui qui a donné à la maladie des nègres qu'on observe à l'île de la Réunion le nom d'ulcère de Mozambique.

M. Cullerier regrette que M. le docteur Vinson n'ait pas eu connaissance du rapport complet, car il aurait vu que ses travaux y ont été appréciés, et ils l'ont été si bien que M. Cullerier s'est rangé à l'opinion de M. Vinson contre celle de l'auteur du travail qui a été l'objet du rapport.

— **Contusion et déchirure du foie; emphysème de cet organe.** — M. LARREY communique, de la part de M. le docteur Chabert, médecin aide-major du 18ᵉ bataillon de chasseurs à pied, une observation d'emphysème traumatique du foie, recueillie par M. Chabert, en 1857, dans le service de M. Lacger, médecin principal à l'hôpital militaire de Toulouse.

Il s'agit d'un artilleur qui, en état d'ivresse, s'était précipité par une fenêtre du deuxième étage, dans la nuit du 25 au 26 mars 1857 : il s'était fracturé à la fois les deux fémurs et les deux rotules. Il y avait en outre luxation de l'extrémité interne de la clavicule droite. La fracture de la cuisse gauche étant compliquée de plaie, M. Lacger jugea opportun de pratiquer l'amputation immédiate de ce membre. Le blessé succomba le 29 mars, après avoir présenté une teinte ictérique très-prononcée. L'autopsie fut pratiquée au bout de vingt-quatre heures.

Nous transcrivons ici la partie de la relation de l'autopsie qui concerne l'état du foie.

Abdomen. — Cette cavité mise à découvert, tous les assistants sont frappés de l'aspect singulier du foie ; toute la surface de cet organe présente, sur un fond de couleur olivâtre, une multitude de petites élevures, d'un jaune fauve, d'une forme irrégulière.

En piquant ces élevures avec la pointe d'un scalpel, on produit un bruit semblable à celui que l'on déterminerait en crevant une petite vessie pleine d'air, et qui, bien que très-faible, est nettement perçu par les assistants.

La face convexe du foie présente en outre à considérer trois déchirures de 5 à 6 centimètres de long, n'ayant guère plus de 2 à 3 millimètres de profondeur, remplies par des stries de sang déjà en voie d'organisation.

Les coupes du foie ne laissent pas suinter de liquide; elles sont pour ainsi dire sèches; leur couleur est comme la surface externe

nuancée de jaune et de brun ; elles sont criblées de vacuoles semblables à celles d'une éponge ; ces coupes ont été multipliées et ont présenté partout le même aspect,

En prenant entre les doigts des portions du foie, on perçoit une crépitation bien manifeste.

Le foie est remarquable par la diminution de sa pesanteur spécifique; des fragments, pris au hasard et plongés dans l'eau, surnagent; en comprimant ces fragments, on en fait sortir une multitude de bulles, qui viennent crever à la surface du liquide ; devenus alors beaucoup plus denses, ils gagnent peu à peu le fond du vase.

La face externe de la vésicule biliaire est parsemée d'un grand nombre de vésicules semblables à celles que nous avons signalées sur la surface du foie. Elle est distendue par une bile très-foncée.

Le diaphragme ne présente aucune déchirure.

Les intestins sont médiocrement distendus par des gaz.

Le péritoine n'offre aucune trace d'inflammation.

Les autres organes contenus dans l'abdomen ne présentent pas d'altérations.

Les détails dans lesquels je suis entré, écrit M. Chabert en relatant cette autopsie, ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de l'altération observée dans le foie. Le fait bien constaté, il s'agirait de lui trouver une explication satisfaisante. Ecartons tout d'abord l'idée d'une altération cadavérique, parce que la date récente de la mort, l'état du cadavre, ne permettent pas de s'arrêter à cette supposition.

Peut-on admettre que les gaz contenus dans le foie viennent des parties voisines, des poumons ou des intestins ? Non, car le diaphragme et les intestins étaient parfaitement intacts. On ne peut pas non plus supposer que des gaz intestinaux ont pu refluer par le canal cholédoque dans tout le parenchyme hépatique ; les expériences de M. Cruveilhier, qui a vainement cherché à injecter les voies biliaires par le duodénum, rendent cette manière de voir inadmissible.

On est donc porté à croire que ces gaz se sont formés dans le foie lui-même, probablement dans le tissu cellulaire qui joint la capsule de Glisson au tissu glandulaire.

Les recherches que j'ai faites dans les quelques ouvrages classiques et recueils périodiques que j'ai pu me procurer, ne m'ont fait découvrir que quelques exemples d'emphysème du foie lié à des maladies internes. (*Union médicale*, 8 septembre 1855.) Quant à l'emphysème de cet organe, se rattachant à une lésion traumatique, je n'en connais aucun cas et n'en ai jamais entendu parler.

LECTURE.

M. CHASSAIGNAC lit une note sur l'opération des **corps étrangers du genou** :

Pour poser l'indication d'opérer dans le cas de *corps articulaire*, il faut savoir que leur évolution présente trois périodes, que je caractérise ainsi :

Première période ou *période de tolérance*. — Le corps articulaire est très-petit, pas encore dur, ne se déplace pas du lieu où il a pris naissance, se cache aisément dans les replis synoviaux, et ne cause pas de douleur, alors même qu'il se loge entre les surfaces articulaires. A cette époque, point d'opération.

Deuxième période ou *période des troubles fonctionnels*. — Douleur localisée qu'exaspère l'exercice ; diminution d'aptitude du membre pour certains mouvements ; arthrite chronique et déformation articulaire ; douleurs atroces avec imminence de chute par terre, quand ces corps sont pincés entre les surfaces articulaires, celles du genou par exemple ; troubles quelquefois violents du système nerveux. Il y a indication légitime de l'opération.

Troisième période ou *période des lésions articulaires graves*. — Erosion des surfaces ; phlegmasies articulaires aiguës à répétition ; suppurations ostéitiques ; arthrite purulente. Ici l'indication d'opérer devient obligatoire.

Deux grandes méthodes ont été employées pour le traitement chirurgical des corps articulaires :

1° Les méthodes à cure palliative, que j'appelle méthodes diverticulaires ou par *séquestration ;*

2° Les méthodes à cure radicale ou par *incision.*

A la **première classe**, celle des **méthodes par séquestration,** se rattachent trois méthodes principales.

Première méthode. Fixation par compression. — Cette méthode a été proposée par Middleton, Gooch, Hebenstreit.

Nous la rejetons :

1° Parce qu'elle ne constitue qu'une cure palliative ;

2° Parce que, employée par Reimar à l'hôpital Saint-Georges de Londres, elle n'a donné sur douze cas qu'un succès unique et contestable, qui a exigé douze mois de traitement et n'a pas subi de vérification ultérieure ;

3° Enfin parce que, employée par Dieffenbach dans huit cas, elle a échoué six fois.

Deuxième méthode. Fixation par acupuncture, adhérences provoquées. — Elle repose sur ce principe qu'en provoquant, au moyen de

la transfixion du corps articulaire par des aiguilles, un travail adhérentiel qui séquestre ce corps sur un point de la capsule, on éviterait les inconvénients dus à sa présence et à sa mobilité dans la synoviale.

Nous repoussons cette méthode, parce que :

1° Elle ne donne lieu qu'à un traitement palliatif, ce qui ne vaut jamais une cure radicale;

2° Blandin, qui l'a employée le premier, M. Jobert, qui l'a imité, MM. Syme, Alquié, Dieffenbach, ont échoué dans leurs tentatives;

3° La serre-fine comme moyen de fixation, quoique appliquée avec succès dans deux cas par le docteur Wolf, n'a pas donné de guérisons de la durée desquelles on se soit suffisamment assuré.

Troisième méthode. Fixation par ligature sous-cutanée. — Proposée par Demoulin, qui ne l'a jamais expérimentée sur l'homme, elle a pour objet de fixer le corps articulaire dans un lieu où il ne puisse être nuisible.

Nous rejetons cette méthode parce que dans le seul cas où elle ait été pratiquée sur l'homme par Adelmann, elle a suscité des accidents tellement graves qu'il a fallu s'arrêter. Le sujet était un jeune homme de vingt-trois ans; le corps articulaire siégeait au genou; il fut refoulé en haut et isolé par la ligature sous-cutanée, ce qui donna lieu dès le troisième jour, et malgré les applications de glace, à une inflammation tellement violente qu'il fallut retirer la ligature en toute hâte.

DEUXIÈME CLASSE OU MÉTHODES CURATIVES PAR INCISION.

Première méthode. Incision directe de la peau et de la capsule sur le corps étranger. — Nous la rejetons. Elle donne lieu à un chiffre de mortalité considérable.

Deuxième méthode. Incision valvulaire. — Pli préalable fait à la peau pour rompre le parallélisme entre la plaie de la peau et celle de la capsule. L'incision a lieu soit d'emblée et sans autre préparation que celle du pli, ou après adhérences provoquées par la compression en fixant le corps articulaire sur un point de la jointure.

Nous la rejetons comme ne donnant pas de garanties suffisantes et donnant lieu à une forte mortalité.

Troisième méthode. Incision sous-cutanée en deux temps.— Premier temps. — On incise la capsule sous la peau à bonne distance de la plaie cutanée, on chasse le corps articulaire dans le tissu cellulaire, on réunit la plaie cutanée par cicatrisation immédiate.

Deuxième temps. — On extrait le corps par incision directe après un temps suffisant pour la cicatrisation de la plaie capsulaire.

A cette méthode ont été apportées des modifications que nous repoussons formellement ; ce sont les suivantes :

1° M. Velpeau. Toute l'opération est faite en une seule séance. C'est diminuer la sécurité de l'opération, ce qui est ici le point essentiel.

2° Liston prépare à l'aide du ténotome une sorte de loge dans le tissu cellulaire pour y chasser le corps après l'incision de la capsule. Ce n'est qu'une inutilité et peut-être un danger ajoutés à l'opération.

3° M. Alquié. Fixation préalable du corps articulaire par acupuncture, emploi d'un petit couteau falciforme pour l'incision de la capsule. — La fixation préalable par une aiguille n'est pas nécessaire, ou ne l'est qu'à titre exceptionnel. Il en est de même du couteau falciforme quand le corps articulaire, très-mou, se laisse couper en deux par le ténotome, au moment où l'on incise sur lui la capsule, ce qui nous est arrivé une fois.

4° M. Jobert. Ecrasement du corps articulaire sous la peau, après sa sortie de la capsule. — Emploi d'une lance tricuspide pour fixer le corps articulaire dans le tissu cellulaire, après son expulsion hors de la capsule. — Complication opératoire plus qu'inutile, le corps articulaire ne pouvant jamais rentrer dans la capsule quand il en a été expulsé.

Dans une excellente monographie, accompagnée d'une statistique faite avec soin, Joseph Berthenson (d'Odessa) a rassemblé 130 cas d'incision directe. Des 130 opérés, 20 ont succombé.

Sur 32 cas d'incision sous-cutanée, 22 eurent des suites heureuses. Il y eut 7 cas d'insuccès. Pas un seul cas de mort; car des quatre qui ont été cités comme afférents à la méthode de l'incision sous-cutanée, trois doivent être attribués à l'incision directe. Ce sont ceux de Pleindoux, Syme et Teale, attendu qu'après avoir tenté vainement l'incision sous-cutanée, on opéra les malades par incision directe. Et quant au fait de M. Alquié, il faut noter qu'avant l'incision sous-cutanée, le corps articulaire avait été fixé par des aiguilles: méthode mauvaise, et qui excite une inflammation vive dont la méthode sous-cutanée ne saurait être responsable dans le cas particulier.

La méthode sous-cutanée en deux temps est donc la meilleure, eu égard aux difficultés qui peuvent se présenter dans l'emploi de cette méthode.

Nous devons noter que :

1° Le corps articulaire trop volumineux ne peut passer par la petite plaie faite à la capsule par le ténotome;

2° Le corps articulaire reste attaché à son point d'implantation ;
3° Il est emprisonné entre les surfaces articulaires.

La première de ces difficultés n'est réelle que quand l'opération se fait mal ; et quant aux deux autres, le moyen que nous proposons, préférablement à l'incision directe, consiste dans l'immobilisation de l'article, soit par un appareil mécanique, soit par l'appareil inamovible.

M. GOSSELIN. Je pense qu'actuellement tous les chirurgiens sont d'accord quand il s'agit du choix de la méthode à employer dans les opérations des corps étrangers articulaires. Toutes les fois qu'on est en présence d'une pareille lésion, *ou bien* il faut s'abstenir de toute opération, si les moyens palliatifs, une genouillère élastique, etc., suffisent pour arrêter la douleur et les accidents déterminés par la présence du corps étranger ; *ou bien*, si l'on se décide à pratiquer une opération, il faut avoir recours à la méthode sous-cutanée.

Mais ce qui doit, selon moi, plus particulièrement appeler l'attention, ce sont les difficultés que l'on peut rencontrer dans la pratique de ces opérations.

Dans un cas, après avoir fait la ponction à la peau, glissé le ténotome jusque sur le corps étranger, préalablement bien fixé, ouvert la synoviale, après avoir suivi, en un mot, tous les préceptes recommandés en pareille circonstance, je n'ai pas pu faire sortir le corps étranger. J'ai pu expliquer ce résultat par l'existence d'une longue adhérence qui retenait encore le corps étranger dans l'article, mais que l'on ne pouvait pas sentir avant l'opération.

Une seconde difficulté provient de la mollesse du corps étranger. Il peut arriver que celui-ci se laisse couper, diviser par le ténotome porté sur la synoviale. Il devient impossible dès lors de l'expulser.

J'ai rencontré un cas semblable ; après l'incision de la synoviale, je n'ai plus retrouvé le corps étranger, qui avait été sectionné en même temps qu'elle. Il ne s'est pas reproduit d'autres accidents chez le malade.

Dans une autre circonstance, je ne suis pas parvenu à fixer très-bien le corps étranger, et je n'ai pas voulu pratiquer d'opération.

Voilà quelques-uns des obstacles, souvent imprévus, qui peuvent se présenter dans ces opérations. Il y en a d'autres, mais j'ai seulement voulu appeler l'attention sur les difficultés que j'ai spécialement rencontrées.

M. GIRALDÈS, dans un cas, n'a pas pu faire sortir le corps étranger. Ce fait viendrait donc à l'appui de la première difficulté signalée par M. Gosselin.

Quant à la section du corps étranger par le ténotome, M. Giraldès ne peut l'admettre. Les corps étrangers, quand ils sont libres dans l'articulation, sont durs, constitués non-seulement par du cartilage, mais par du tissu osseux ; aussi est-il tout disposé à proscrire la méthode qui consiste à tenter de broyer ces corps étrangers.

Lorsque les corps étrangers sont à l'état cartilagineux et tiennent par une bride, ils sont formés par de grandes franges synoviales épaissies, indurées. M. Marjolin avait coutume d'insister dans ses leçons sur ces pseudo-corps étrangers.

Tout récemment, M. Giraldès a rencontré dans la bourse séreuse sous-deltoïdienne de ces productions qui ressemblent à des choux-fleurs. La même chose se présente dans le genou.

M. LARREY. En soumettant à la Société, pour M. Squire (d'Elméra), la question relative à l'**extraction des corps étrangers et articulaires du genou**, j'ai tâché de fournir à notre confrère américain quelques nouveaux documents statistiques sur ce sujet, et de déduire de l'ensemble de plus de deux cents faits des conclusions admissibles dans la pratique chirurgicale.

L'exposé que vient de faire M. Chassaignac exprime en d'autres termes la pensée de la plupart des chirurgiens sur l'insuffisance de la cure palliative et sur les indications de la cure radicale, en rappelant les risques et périls de l'extraction directe ; mais en faisant prévaloir les avantages de l'extraction indirecte par la méthode sous-cutanée, il n'indique pas assez, selon moi, ses inconvénients et ses difficultés.

MM. Gosselin et Giraldès viennent de confirmer cependant par des faits de leur expérience personnelle les embarras d'exécution éprouvés par d'autres opérateurs. J'ai eu soin également de les indiquer dans le relevé des trente-huit cas d'extraction indirecte, dont douze ou treize insuccès attestent que l'opération est restée incomplète ou inachevée par disparition du corps étranger ou par impossibilité de son élimination. De là, par conséquent, cette alternative nécessaire ou d'abandonner l'opération, ou de la compléter secondairement par l'extraction directe, de même que l'on complète certaines autres opérations présumées simples par des opérations plus graves ; soit, par exemple, l'amputation de la jambe au-dessous du genou, substituée secondairement à l'amputation sus-malléolaire, à la suite d'accidents qui peuvent compromettre le résultat de celle-ci.

M. CHASSAIGNAC. On a cité quatre ou cinq cas de mort à la suite de l'opération par la méthode sous-cutanée. Mais en analysant les faits, on trouve qu'avant d'attaquer le corps étranger par cette méthode, on avait soumis l'articulation à des manœuvres qui l'avaient

déjà enflammée. Ainsi, M. Alquié a provoqué une arthrite avant d'avoir recours à l'opération sous-cutanée. Ainsi encore, pour le fait de M. Jobert. Il ne faut donc pas rapporter ces accidents à la méthode. Prenons l'exemple cité plus haut. On pratique chez un malade une amputation sus-malléolaire ; mais cette opération est insuffisante, et il faut en venir à une amputation au lieu d'élection, et le malade succombe. Dira-t-on que la mort doit être rapportée, soit directement, soit indirectement, à l'amputation sus-malléolaire? Ce fait ne pourra évidemment pas être invoqué dans une statistique tendant à prouver les dangers de l'amputation sus-malléolaire. Vous ne pouvez pas non plus attribuer à la méthode sous-cutanée la mort qui survient quand, cette méthode ayant été insuffisante, le chirurgien procède à l'extirpation directe d'un corps étranger siégeant dans l'articulation du genou.

M. LARREY. Si la méthode sous-cutanée n'est pas la cause déterminante des accidents devenus mortels après l'incision directe faite secondairement à la ponction sous-cutanée, celle-ci n'en est pas moins la cause prédisposante ou le point de départ, en raison des difficultés d'exécution et des manœuvres laborieuses qui, ayant fait échouer cette méthode, nuisent plus ou moins à l'intégrité de l'articulation, et exigent ainsi l'incision secondaire. Voilà pourquoi j'ai rangé certains cas de mort dans la catégorie des résultats d'extraction indirecte, en ayant soin toutefois d'indiquer que la mort était survenue soit après des tentatives de fixation, soit après l'incision secondaire, soit même après l'amputation du membre.

Il suffirait, je crois, pour s'entendre, de donner à ces différents faits la signification relative qu'ils doivent avoir, et non une interprétation trop absolue.

M. GOSSELIN. Pour bien juger la méthode sous-cutanée, il faut prendre les faits où l'on n'a employé qu'elle. Or, quand on n'est pas parvenu à enlever un corps étranger, il faut ou bien renoncer à en débarrasser l'articulation, ou bien avoir recours à l'incision directe. Voici un fait qui me semble poser nettement la question :

Un malade entre dans mon service à l'Hôtel-Dieu, pendant que je remplaçais M. Roux ; il portait un corps étranger dans l'un de ses genoux. J'essaye de l'enlever par la méthode sous-cutanée et je n'y puis parvenir. Le malade sort de l'hôpital, n'éprouvant pas le plus petit malaise des suites de ma tentative. J'ai appris qu'il était entré dans un autre hôpital, qu'on avait eu recours à l'incision directe, mais que le malade avait succombé. Il me paraît impossible de rapporter à la méthode sous-cutanée les accidents qui sont survenus à la suite de l'incision directe.

M. BAUCHET. M. Gosselin a soulevé, il y a un instant, une ques-

tion très-importante, c'est celle de la difficulté de l'opération. Je crois qu'il est utile d'insister sur ce point.

Cette opération est, je ne crains pas de le dire, dans l'immense majorité des cas, une des plus difficiles de la chirurgie : difficulté de fixer le corps étranger et de le maintenir dans une position fixe; difficulté de bien diriger le ténotome ; difficulté d'inciser la synoviale, qui glisse devant cet instrument ; difficulté enfin de faire sortir le corps étranger.

Dans un cas que j'ai publié dans le *Moniteur des sciences*, j'ai rencontré tous ces obstacles, et j'ai eu surtout beaucoup de peine à inciser la synoviale et à expulser le corps étranger. Pour l'empêcher de fuir, je l'avais fixé avec les doigts, et pour plus de sécurité encore, je l'avais piqué avec un poinçon très-acéré, en forme d'alène.

Voulant me rendre compte de ces difficultés, j'introduisis de petites pierres, des haricots, dans des articulations fémoro-tibiales; puis je refermai la plaie, et je cherchai ces corps étrangers artificiels. J'eus d'abord quelque peine à les bien sentir et à les bien tenir en place. L'un d'eux fut fixé au côté interne du genou, et je voulus le retirer par la méthode sous-cutanée. Je fis à la synoviale une large ouverture, et je ne pus faire sortir le corps étranger. J'ouvris alors largement l'articulation, et je m'aperçus que la synoviale était bien ouverte au point où avait porté le ténotome, que la section avait été faite sur le corps étranger, que ce dernier portait la trace de l'incision; mais lorsque le ténotome fut retiré un peu, la synoviale s'était déplacée, et le corps étranger ne correspondait plus à son ouverture. Dans d'autres cas, la section, quoique faite sans ménagements (et je n'en avais pas à garder dans mes expériences sur le cadavre), était incomplète ; il restait un ou plusieurs petits ponts qui avaient résisté au ténotome.

J'ai voulu, en appuyant sur ce qu'avait dit M. Gosselin, que les chirurgiens qui n'ont pas encore pratiqué d'extirpations de corps étrangers par la méthode sous-cutanée sachent bien que c'est une opération toujours difficile, surtout délicate, laborieuse, et que, dans certains cas, même faite par les mains les plus habiles, elle n'a pas pu être achevée.

COMMUNICATION.

M. MOREL-LAVALLÉE communique deux faits : l'un relatif à un abcès fétide de la fosse iliaque; l'autre, à une hernie de l'estomac.

1° — Gaz développés dans un abcès et reconnus pendant la vie, avant l'ouverture du foyer.

Le 27 mai dernier je fus appelé par mon collègue M. Bouley, pour

une malade qui était entrée dans ses salles quelque temps auparavant et dont la situation se compliquait.

M..., âgée de trente et un ans, mariée, demeurant impasse de Grenelle, 5, avait été admise le 11 mai 1861, salle Sainte-Thérèse, numéro 4. Accouchée quinze jours auparavant, elle n'avait pas tardé à ressentir des douleurs dans le côté gauche du bas-ventre. Au premier examen, ces douleurs étaient très-vives et avaient pour siége un empâtement dans la fosse iliaque correspondante. Il y avait une fièvre peu intense, mais avec exacerbation le soir. Les lochies étaient irrégulières, et les selles diarrhéiques. Au bout d'une dizaine de jours une tuméfaction d'apparence phlegmoneuse se montra à la région lombaire gauche, et présenta bientôt une fluctuation accompagnée de la sensation de bulles gazeuses. C'est à ce moment que je vis la malade.

Je trouvai effectivement à la région lombaire une tumeur vague, d'un rouge luisant, et qui donnait aux doigts moins une fluctuation qu'un gargouillement. Ce gargouillement, assez étendu, n'était pas à grosses bulles; il paraissait produit par un mélange de liquide et de gaz cheminant dans des clapiers assez étroits. C'était un abcès contenant des gaz.

D'où venaient-ils, ces gaz? Quelle en était la source? Renfermés dans une espèce d'appendice extérieur d'un abcès primitivement intra-abdominal, la première pensée devait être qu'ils y avaient été versés par une perforation intestinale. Mais, sur l'affirmation qui me fut faite que le pus n'avait jamais paru dans les garde-robes, cette origine des gaz devenait douteuse. Ils pouvaient bien, grâce à la ténuité des fluides élastiques, venir de l'intestin par une perforation presque capillaire, qui n'aurait pas laissé filtrer dans l'intérieur de ce tube une quantité appréciable de pus; mais ils pouvaient aussi avoir pris naissance dans un foyer indépendant des voies digestives, s'y être développés, comme on dit, spontanément.

Je dus m'en tenir à cette double alternative, en penchant, je l'avoue, vers la première.

J'ouvre l'abcès lombaire; il en sort un pus phlegmoneux, mêlé de gaz infects.

En agrandissant l'incision, je trouve l'ouverture, qui faisait communiquer les deux foyers à travers le carré des lombes, à peu près au milieu de sa base. Je recommande l'introduction d'une petite mèche, des cataplasmes, et le décubitus dorsal, sans dissimuler la gravité du pronostic.

Le lendemain 28, il s'écoula une quantité considérable de pus, en

même temps qu'il se dégageait de nouvelles bulles de gaz avec une odeur fétide.

Le 30, la suppuration avait diminué. Depuis deux jours les bulles de gaz avaient continué à se montrer; il s'était en même temps fait une fusée purulente dans la fosse iliaque externe, dont la peau était largement décollée.

La malade, que je n'avais pas revue, est alors placée dans mon service, salle Sainte-Marie, n° 17.

Les bords de l'incision et la partie du foyer accessible à l'œil avaient pris un aspect grisâtre. Je trouve la crête iliaque dénudée après avoir ouvert la fusée purulente dont il vient d'être question; je prescris un cataplasme et des médicaments intérieurs, sur lesquels malheureusement il n'était plus guère permis de compter. En effet, outre les caractères défavorables qu'avait pris le foyer, l'état général était misérable, la langue sèche et noirâtre, les extrémités inférieures infiltrées, le pouls d'une petitesse et d'une fréquence extrêmes, l'affaiblissement tel que tout mouvement était devenu impossible. — Eau vineuse; vin de quinquina, 125 grammes; bouillons, potages.

Le 1er juin, pas de changement, si ce n'est que depuis deux jours on ne retrouve plus de gaz dans le foyer.

L'affaiblissement continue, et la mort arrive le 3 juin à dix heures du matin.

Autopsie le 5 *juin à neuf heures du matin.* — Il s'agit évidemment d'un abcès du ligament large qui s'est étendu aux parties voisines. Les intestins, adhérents entre eux, formaient en partie la paroi antérieure du foyer.

Le pus avait décollé le péritoine, et poussé des fusées en haut comme en bas vers les lombes et dans le petit bassin. L'intérieur du foyer était noirâtre, et contenait de larges lambeaux de tissu cellulaire grands comme la moitié de la main, complétement isolés, et également noirâtres. Le muscle iliaque est à nu, ainsi que la crête iliaque dans une grande étendue. Le muscle carré des lombes, ainsi que la fosse iliaque externe, présentent les lésions qu'on y avait constatées pendant la vie.

L'examen de l'intestin fut fait avec le plus grand soin. Toutes les anses qui confinaient au foyer sont enlevées, nettoyées, remplies d'eau, retournées, etc., et sur aucun point de leurs deux surfaces on ne découvre aucune trace non-seulement de perforation, mais même d'ulcération ou d'une altération quelconque.

2° — *Hernie de l'estomac constatée par deux signes physiques nouveaux : l'éclatement de bulles dans la hernie après l'ingestion d'un liquide gazeux, et le changement instantané de l'ordre de superposition de la sonorité et de la matité dans les changements d'attitude.*

Voici une observation où des données physiques ont pu conduire à un diagnostic certain : il s'agit d'une hernie accidentelle de l'estomac.

Le premier moyen que j'ai employé a été de faire boire de l'eau de Seltz au malade ; le gaz qui s'en dégageait a produit immédiatement sous l'oreille un bruit si éclatant, si voisin, qu'il ne pouvait se passer que dans la tumeur, ce qu'on vérifiait immédiatement en la réduisant.

Le second moyen est un changement instantané de superposition de la sonorité et de la matité dans un changement d'attitude du malade. Ces nouveaux signes étaient d'autant plus précieux, que l'augmentation de volume de la hernie après l'ingestion d'un liquide par la bouche et le refroidissement de la tumeur après l'ingestion d'une boisson frappée, ne reproduisaient rien de nettement appréciable.

Le 16 avril 1861, est entré à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, F..., âgé de soixante-dix-sept ans, demeurant rue de Sèvres, n° 117.

Pas d'antécédents héréditaires ; avant soixante ans, pas de maladie sérieuse ; complexion moyenne. Il y a dix-sept ans, à la suite d'une maladie abdominale qui a duré cinq ans, mais qu'il ne saurait définir, s'est produite l'affection que nous allons étudier.

La tumeur se serait, d'après lui, montrée du premier coup avec son volume actuel ; pas de causes directes connues ; il est bon de noter que le malade faisait à cette époque les fonctions de porteur à la halle, et il est rationnel d'admettre que sous l'influence des efforts de cette profession la hernie s'est produite lentement, et qu'elle a été la cause et non la suite des souffrances abdominales.

Pendant les douze premières années de l'existence de la hernie, le malade vomissait tous les jours après le repas, et mangeait après comme si rien n'était ; ces vomissements ont disparu depuis quatre ans, et ont été remplacés par une sorte de diarrhée habituelle.

Etat actuel. — La région sus-ombilicale comprise entre les fausses côtes et l'ombilic, présente une tumeur du volume et de la forme d'un melon (un sucrin), sensiblement transversale, étendue cependant dans une légère obliquité en bas depuis l'épigastre jusqu'au flanc. Elle reçoit les secousses de la toux, les transmet à la main avec énergie, présente en même temps du gargouillement, avec une augmentation notable de volume ; pas de changement de couleur à la

peau, très-mollasse, gargouillant sous le doigt. On y reconnaît très-nettement, jusque dans la partie la plus éloignée du sac, l'épiploon sous la forme d'un cordon du volume d'un bras d'enfant, mollasse; son extrémité arrive jusqu'au bas de la tumeur. Le gargouillement annonce nettement la présence du tube intestinal. *Reste à savoir si c'est l'estomac, ou les intestins, ou les deux ensemble.*

Après l'ingestion des aliments, et notamment des boissons, la tumeur devient plus volumineuse, plus étendue et plus mate.

Pendant que le malade boit de l'eau de Seltz, on entend avec l'oreille appliquée sur la tumeur un bruit semblable à celui qu'on entend dans une bouteille incomplétement pleine en soufflant avec un tube au-dessous du niveau de l'eau; elle augmente d'ailleurs de volume et est plus tendue, en sorte qu'il n'y a pas doute sur la présence de l'estomac dans la hernie. La hernie réduite, tous ces phénomènes de l'oscillation disparaissent, pour ne laisser qu'un tintement métallique peu prononcé.

La présence de l'estomac dans la hernie est donc incontestable.

La hernie se réduit très-facilement en la refoulant tout entière de sa base vers son col.

La réduction faite, on sent, à deux travers de doigt de l'appendice xiphoïde, un trou parfaitement arrondi comme à l'emporte-pièce, et qui reçoit l'extrémité des cinq doigts. L'index introduit par ce trou touche très-bien la face interne de l'appendice xiphoïde jusqu'à sa base, ainsi que l'aorte.

Ajoutons que ce malade a depuis trois ans une hernie inguinale gauche.

On prescrit un bandage à pelote pour la hernie épigastrique.

Quelques jours avant la sortie du malade, l'idée me vint de constater par un autre signe physique la présence de l'estomac dans la hernie. Après l'ingestion d'une grande quantité d'eau de Seltz, et après avoir reconnu pour la vingtième fois l'éclatement des bulles de gaz sous l'oreille, je fis mettre le malade à quatre pattes, et immédiatement la matité et la sonorité de la hernie changèrent de place. La sonorité dans le décubitus dorsal était passée à la base, comme la matité était passée de la base au sommet. Le liquide et le gaz avaient changé leur ordre de superposition comme dans un flacon renversé. On comprend que ces phénomènes n'auraient pu se passer dans une anse d'intestin, surtout sur une aussi grande échelle, pas plus que le liquide n'aurait pu arriver dans cette anse instantanément.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr Bauchet.

Séance du 26 juin 1861.

Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Oscar Heyfelder, membre correspondant étranger, actuellement en résidence à Saint-Pétersbourg, adresse à la Société l'ouvrage qu'il vient de publier sur les résections, *Operationlehre und statistick der Resectionen* (Médecine opératoire et statistique des résections). Vienne, 1861. Un vol. in-8° et 8 planches. Dans la lettre qui accompagne cet envoi, l'auteur demande que son ouvrage soit l'objet d'un rapport. (Commissaire, M. Follin).

— M. le docteur Labalbary, de Gourdon (Lot), adresse, sous le titre de *Tympanite péritonéale*, une observation dont voici le résumé :

Une femme de trente-huit ans, mère de plusieurs enfants, sujette depuis deux ans à une constipation opiniâtre et à des hémorrhoïdes très-abondantes, fut surprise par un orage violent dans la nuit du 12 juillet 1860; elle en éprouva une vive frayeur et reçut la pluie pendant longtemps.

Dès le lendemain parurent des symptômes qui furent attribués à une gastro-entérite.

Le 16 juillet, l'auteur de l'observation fut appelé pour la première fois, et reconnut l'existence d'une péritonite suraiguë dont les accidents venaient de se développer presque subitement et qui s'accompagnait d'une tympanite considérable. L'abdomen était prodigieusement distendu par des gaz. D'après l'ensemble des symptômes, M. Labalbary pensa qu'il s'agissait, selon toutes probabilités, d'une péritonite consécutive à une perforation intestinale, et que la masse gazeuse avait son siége dans la cavité péritonéale.

La malade mourut le lendemain matin. Il ne fut pas possible de pratiquer l'autopsie, de sorte que le diagnostic n'a pu être vérifié.

L'auteur se demande si dans un cas de ce genre il ne conviendrait pas d'évacuer au moyen d'une ponction les gaz épanchés dans le péritoine.

— M. LARREY présente, de la part de Mme veuve Saurel et de M. le docteur J. Rochard, un *Traité de chirurgie navale*, par Louis Saurel, chirurgien de la marine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, correspondant de la Société de chirurgie de

Paris, suivi d'un résumé de leçons sur le *service chirurgical de la flotte*, par le docteur J. Rochard, chirurgien en chef de la marine, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest, correspondant de la Société.

— M. LE PRÉSIDENT déclare une vacance de membre titulaire. Les candidats sont en conséquence invités à faire leur demande et à envoyer leurs titres à l'appui de leur candidature.

LECTURES.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de plusieurs travaux envoyés à la Société par des membres correspondants.

— 1° Travail de M. LETENNEUR sur l'**exostose sous-unguéale.**

L'exostose sous-unguéale des orteils a été depuis quelque temps l'objet de nombreuses publications; j'ai moi-même publié dans la *Gazette hebdomadaire* (juin 1860) un article sur ce sujet, à l'occasion de l'opération proposée par notre collègue M. Debrou, d'Orléans.

En faisant l'historique de la question, M. Debrou mentionne pour mémoire la *cautérisation* « employée une fois, dit-il, par André, de Versailles »; il condamne comme trop radicale l'opération de Liston, c'est-à-dire la *désarticulation* de la phalangette; il cherche à démontrer que l'*abrasion* avec un instrument tranchant, telle que la conseillait Dupuytren, expose à une récidive presque certaine; enfin, M. Debrou semble croire impossible l'*extirpation* de l'exostose au moyen de la gouge et du maillet, bien que ce moyen, indiqué dans les *Leçons cliniques* de Dupuytren, ait été mis en usage un certain nombre de fois avec succès.

Le chirurgien d'Orléans conseille la *résection* de la phalangette en arrière de l'exostose, c'est-à-dire entre l'articulation et le pédicule, et, ajoutant l'exemple au précepte, M. Debrou cite une observation dans laquelle il a obtenu la guérison au moyen de son procédé opératoire.

Dans l'article que j'ai publié dans la *Gazette hebdomadaire*, j'ai fait connaître deux cas de guérison par la cautérisation avec la pâte de Vienne, et j'ai donné en outre l'observation d'un jeune homme auquel j'ai extirpé une exostose sous-unguéale en me servant de la gouge et du maillet; l'opération a été facile, et le temps qui s'est écoulé depuis la guérison permet de la considérer comme définitive. Dans ce cas, l'emploi du perchlorure de fer nécessité par une hémorrhagie a sans doute contribué à prévenir la récidive en détruisant les débris du pédicule qui pouvaient rester adhérents à la phalangette.

Enlever ou détruire sur place toute l'exostose avec son pédicule,

telle est, à mes yeux, la condition essentielle pour éviter la récidive.

C'est pourquoi la cautérisation est un moyen qu'on ne doit pas dédaigner, pourvu toutefois qu'elle soit énergique et qu'on laisse agir la pâte de Vienne pendant vingt minutes. C'est pourquoi l'abrasion, qui laisse nécessairement en place une partie de la production morbide, est une mauvaise opération qui doit être abandonnée, à moins qu'on ne joigne à l'abrasion une cautérisation suffisante pour détruire le pédicule.

Quand l'exostose est enlevée complétement, il reste sur la phalangette, à la place qu'elle occupait, une surface concave, une sorte d'échancrure, tandis qu'avec un instrument tranchant on ne peut obtenir qu'une surface plane ; donc on laisse forcément en place une notable portion du pédicule : c'est ce qui explique les nombreuses récidives qu'on a signalées.

Je considère donc comme devant être adopté généralement le procédé d'extirpation par la gouge et le maillet; en agissant ainsi, on produit peu de délabrement dans les parties molles, et par conséquent on a plus de chances d'avoir une guérison prompte et sans difformité que par le procédé de M. Debrou. Cependant les faits que j'ai observés tendraient à prouver que, même après l'extirpation la plus complète, il est prudent de cautériser la surface osseuse; le perchlorure de fer peut alors suffire parfaitement, puisqu'il ne s'agit que de modifier les tissus très-superficiellement.

Le procédé de M. Debrou doit être réservé pour les cas qui ont résisté aux moyens précédents; c'est alors une ressource précieuse dont on doit remercier notre savant confrère d'avoir enrichi la médecine opératoire. J'y ai eu recours avec succès chez un nouveau malade qui avait eu une récidive extrêmement prompte après une première opération avec la gouge et le maillet, mais sans cautérisation complémentaire.

Cette observation me paraît assez curieuse pour être rapportée avec quelques détails. Elle jette d'ailleurs un peu de lumière sur l'étiologie encore si obscure de la maladie. Chez mon jeune malade, en effet, l'exostose a été évidemment la conséquence d'une violente contusion, et il est assez probable que c'est à cette cause qu'il faut rapporter la plupart des exostoses sous-unguéales.

Exostose sous-unguéale du gros orteil droit, consécutive à une contusion ; extirpation au moyen de la gouge et du maillet, prompte récidive ; résection de la phalangette en arrière de l'exostose, guérison définitive. — P... (Alexandre), âgé de quinze ans, d'une bonne santé habituelle, reçut au mois de juin 1859 un coup de pied de

cheval qui fit au gros orteil droit une violente contusion, sans plaie. Cependant, après quelques jours de repos, il reprit ses occupations, et la marche finit par devenir facile.

Ce n'est que plusieurs mois plus tard que P..., en se coupant l'ongle du gros orteil, éprouva de la douleur, et bientôt il remarqua un gonflement qui augmenta assez vite pour rendre ses chaussures trop étroites.

Le 17 juin 1860, je fus mandé par mon confrère M. Lequerré, pour opérer ce jeune homme. La tumeur occupait les deux tiers externes de la région sous-unguéale ; elle était dirigée, par conséquent, vers le second orteil ; son aspect était fongueux, saignant ; son volume était celui d'une moitié de cerise ; la pression y causait une vive douleur, et depuis longtemps déjà il avait fallu faire une large ouverture à la chaussure dans le point correspondant. L'ongle avait été coupé de manière à laisser la plus grande portion de l'exostose découverte, mais il était facile de juger que l'ongle était déformé et renversé en cornet.

Après avoir endormi le malade avec le chloroforme, je fis l'opération de la manière suivante : incision circulaire à la base de la tumeur ; application de la gouge dans le sillon antérieur, et, au moyen d'un coup de maillet, ablation de l'exostose, qui se détacha facilement.

En introduisant l'extrémité du doigt dans la plaie, je sentis, en avant de l'échancrure que présentait la phalangette, un onglet osseux qui était évidemment une petite portion restante du pédicule ; je l'enlevai avec soin avec une petite gouge, et je remplis la plaie de charpie. Il n'y eut point d'hémorrhagie comme chez l'autre malade dont j'ai publié l'histoire dans la *Gazette hebdomadaire* (juin 1860), et chez lequel une cautérisation avec le perchlorure de fer avait été pratiquée.

Avant la guérison de la plaie, quinze jours à peine après l'opération, la récidive était évidente, et les progrès furent si rapides que dans l'espace d'un mois la tumeur avait repris son volume primitif.

Au mois d'octobre, elle était plus volumineuse qu'à la première opération ; mais l'augmentation de volume tenait en grande partie à la couche de parties molles qui recouvrait l'exostose.

Le 22, assisté du docteur Lequerré, je fis une nouvelle opération : une double incision prolongée sur la partie antérieure de l'orteil permit non-seulement d'isoler la tumeur, mais encore de détacher les parties molles de la phalangette. J'introduisis alors derrière l'exostose une pince incisive destinée à couper l'os lui-même en avant de l'articulation ; l'exostose qui était peu adhérente se détacha, et le reste de l'opération devint plus facile. Cependant, après la sec-

tion de la phalangette, j'eus quelque peine à la dégager entièrement des parties molles, et, comme je l'avais prévu, cette partie de l'opération a été la plus longue.

La matrice de l'ongle avait été ménagée; la plaie profonde, un peu irrégulière, fut remplie de charpie. La cicatrisation était complète au bout de six semaines, et, dans les premiers jours de janvier, la marche était assez facile pour permettre à P... de parcourir deux kilomètres sans fatigue.

L'ongle a repoussé, mais il est encore épais et court; cependant il paraît devoir reprendre peu à peu sa forme normale. La longueur de l'orteil n'est pas sensiblement diminuée.

M. ROBERT ne croit pas que l'on doive adopter d'une manière générale le procédé mis en pratique par M. Letenneur. — L'exostose sous-unguéale est une affection assez rare. M. Robert en a observé cinq ou six cas. C'est une maladie qui se montre surtout dans l'âge adulte, de 15 à 30 ans. Ces exostoses ne sont pas très-dures.

Dupuytren se servait d'une serpette, et enlevait d'emblée et l'ongle et l'exostose. M. Robert a vu deux ou trois fois Dupuytren pratiquer cette opération, et elle a été suivie de succès. Notre collègue a fait comme Dupuytren, et il se bornait d'abord à une simple résection immédiate ; il a vu une fois une récidive. Il a de nouveau excisé l'exostose, puis il a pratiqué une cautérisation énergique avec le cautère actuel. A la suite de cette nouvelle opération, la guérison s'est maintenue. Depuis lors, M. Robert a adopté, d'une manière générale, ces cautérisations après l'abrasion de l'exostose.

M. GOSSELIN. Comme M. Robert, je pense que c'est une maladie assez rare, et qu'on a exagéré les dangers de la récidive. Ces exostoses sont pour la plupart de nature cartilagineuse. Or, il m'a paru qu'il suffisait, pour se mettre à l'abri des récidives, d'enlever la production morbide, en ayant soin de tailler, de creuser la phalangette en l'excavant un peu. J'ai fait trois fois cette opération, deux fois il y a déjà plusieurs années, et une fois cette année ; je n'ai pas eu recours à la cautérisation consécutive, et les malades ont guéri.

Sans rejeter d'une manière absolue l'opération proposée et pratiquée par M. Debrou, et celle proposée par M. Legoupil, qui recommande d'enlever la phalange, il me semble qu'en adoptant la modification que je recommande dans le *manuel opératoire*, on peut obtenir une guérison radicale.

M. FOLLIN. L'exostose sous-unguéale est une maladie rare et que l'on rencontre surtout sur la première phalange du gros orteil. Or, j'ai observé un exemple de cette affection sur le troisième orteil. J'ai voulu d'abord exciser cette exostose, et entamer dans cette tentative, comme

le recommande M. Gosselin, la phalangette elle-même. J'ai rencontré un tissu dur, résistant, et je n'ai pas pu le traverser avec un très-fort bistouri. J'ai alors circonscrit l'exostose à l'aide de deux incisions, et, avec une pince coupante, j'ai excisé une portion de la phalangette. Il y a six mois que j'ai pratiqué cette opération, et la guérison ne s'est pas démentie.

Il n'est pas toujours facile d'excaver ainsi la phalangette, surtout sur d'autres doigts que le gros orteil. Pour ces cas donc, je préfère l'excision, ainsi que je l'ai pratiquée. A l'observation dont je viens de dire un mot, je joindrai un autre fait que j'ai trouvé sur un cadavre et que j'ai disséqué. Dans ces deux cas, l'union entre l'exostose et la phalangette était très-intime et le tissu très-résistant.

M. GUERSANT a vu huit ou dix exemples d'exostose sous-unguéale. Il s'est toujours servi d'une serpette pour en pratiquer l'excision. Il n'a pu suivre que deux ou trois de ses opérés, et chez eux il a constaté une guérison complète.

M. GOSSELIN. Je n'ai jamais éprouvé de difficulté pour pratiquer l'opération dont je viens de parler.

Le fait de M. Follin m'en rappelle un autre. Il s'agissait aussi d'une exostose ne siégeant pas sur le gros orteil. Cette affection occupait le deuxième orteil, et était située à l'extrémité de la phalangette, et non, comme cela se voit ordinairement, sur sa face supérieure. J'ai fait de suite l'opération dont parle M. Follin (la résection), et il n'y a pas eu de récidive.

M. CHASSAIGNAC. C'est une affection très-douloureuse. J'en ai vu un certain nombre d'exemples; mais je veux surtout appeler votre attention sur un cas particulier. Il est des circonstances dans lesquelles l'exostose n'est pas adhérente, mais forme comme une tumeur enkystée dans la substance de l'os. Une fois, j'ai pratiqué l'extirpation de la phalangette : le malade souffrait horriblement. A l'examen de la pièce, j'ai reconnu que la tumeur elle-même était placée dans la substance osseuse, comme un grelot. Il y a donc des tumeurs osseuses simulant les exostoses proprement dites, et qui sont situées dans l'épaisseur même de la portion osseuse des phalanges.

Le pansement qui m'a le mieux réussi dans ces circonstances est le pansement que j'appelle en cloche ou en cuirasse, fait avec des bandelettes emplastiques.

— 2° Autre travail de M. LETENNEUR **sur la luxation du gros orteil.**

Les luxations du gros orteil compliquées de plaies sont assez rares pour que M. Malgaigne n'ait pu en recueillir que dix observations, d'après lesquelles il a tracé l'histoire générale de ce grave accident. Depuis ce temps, M. Larrey a communiqué à la Société de chirurgie

(18 février 1857) une nouvelle observation dans laquelle, en raison de l'irréductibilité de la luxation, il s'est décidé à réséquer la tête du premier métatarsien.

Son malade resta sept mois à l'hôpital, *obtint une pension de retraite, et se trouvait alors dans de bonnes conditions pour supporter la marche.*

Cette opération, qui avait été pratiquée avec succès par Cramer (1828) sur un cuirassier qui put reprendre son service, fut suivie de la mort chez un des malades de M. Laugier.

D'après ce résultat, il n'est pas étonnant que M. Laugier se montre peu favorable à cette opération, qui semble également condamnée par Vidal (de Cassis) et par M. Nélaton.

L'observation de M. Larrey est-elle de nature à la réhabiliter ? Nous ne le pensons pas. Un traitement de sept mois pour arriver à une guérison qui laisse passablement à désirer, ne nous paraît pas un exemple très-encourageant. D'ailleurs, on l'a dit avec raison, la résection de la tête du premier métatarsien enlève au pied un de ses principaux appuis, et rend nécessairement la marche difficile et peu assurée. A plus forte raison doit-on condamner l'ablation du métatarsien en totalité, bien qu'elle ait été pratiquée deux fois.

Parmi les faits qui avaient été publiés jusqu'à ce jour, nous trouvons que la réduction a été obtenue six fois avec plus ou moins de difficulté. Sur ces six malades, un est mort; trois n'ont guéri qu'après l'exfoliation des surfaces articulaires et avec une ankylose du gros orteil; dans un cas, le résultat a été incertain, bien que la guérison paraisse probable (le malade de Decaisne); enfin, le sixième malade, celui de M. Laugier, a été guéri au bout de soixante-dix jours.

En résumé, douze observations :

Deux fois ablation du métatarsien; deux guérisons avec difformité considérable : Barbier, Larrey.

Trois fois résection de la tête du métatarsien ; deux guérisons avec difformité : Cramer, H. Larrey ; — Un mort : Laugier.

Sept fois réduction obtenue le plus souvent avec violence; un mort : Laugier; — Trois guérisons avec ankylose : Laugier, Siebold, Sanson ; — Un résultat incertain : Decaisne ; — Une guérison après soixante-dix jours : Laugier ; — Une guérison après moins de deux mois : Letenneur.

En présence de semblables résultats, il est difficile de tracer des règles fixes pour le traitement de la luxation compliquée du gros orteil. La conduite du chirurgien ne peut être la même dans les cas où

la réduction est facile, et dans les cas où elle est impossible, ou bien encore ne s'obtient qu'avec de violents efforts.

Dans le premier cas, il semble tout naturel de se borner à remettre les os en place et de s'abstenir de toute autre opération ; c'est ce que nous avons cru devoir faire.

Cependant M. Laugier, dans le but de conjurer l'inflammation qui se développe sur le dos du pied, et qui chez plusieurs malades est devenue très-grave, conseille de faire *une incision préventive.* Il attribue à oette mesure de précaution la guérison assez prompte qu'il a obtenue chez un de ses malades.

Notre malade a été guéri plus promptement encore que celui de M. Laugier, bien que nous n'ayons pas pratiqué l'incision conseillée par ce chirurgien. Nous avons attendu pour cela que la suppuration fût formée, et nous n'avons point eu à regretter notre conduite. Nous croyons cependant que l'abcès doit être ouvert de bonne heure, c'est-à-dire quand il est encore limité au voisinage de l'articulation.

Lorsque la luxation ne peut être réduite que par des manœuvres violentes, on doit toujours redouter les conséquences d'une violente inflammation, qui ne manque jamais d'apparaître, et le chirurgien doit alors se comporter comme si la luxation était irréductible.

Quand la réduction a été impossible, nous avons vu que deux fois on avait enlevé le métatarsien, et que trois fois on avait réséqué la tête de cet os. Cette résection, pratiquée et conseillée en dernier lieu par M. Larrey, présente de sérieux inconvénients, et j'ai cherché sur le cadavre s'il n'était pas possible d'arriver au même but sans faire subir au malade une mutilation qui compromet pour toujours la solidité de la marche.

La luxation a toujours lieu en haut et en dehors, et la tête du métatarsien fait saillie en dedans à travers la déchirure des téguments. De quoi s'agit-il? De ramener le gros orteil dans sa situation normale.

Or on y parvient fort bien par une section oblique, qui enlève une partie seulement de la tête de l'os, et qui laisse intacte toute la portion qui est en rapport avec les os sésamoïdes, et sur laquelle porte le poids du corps. Le gros orteil peut alors reprendre facilement sa place. On peut craindre, il est vrai, que la surface oblique en avant et en haut, que présente le métatarsien, ne tende à donner à l'orteil pendant le travail de la guérison une position vicieuse ; mais il sera toujours possible par des pansements méthodiques d'éviter cet inconvénient.

La résection partielle de la tête du métatarsien me paraît donc pré-

férable à la résection de toute la tête, et je crois qu'on devra renoncer à l'avenir à cette dernière opération.

Enfin, je préférerais encore à l'ablation de toute la tête du métatarsien celle du gros orteil lui-même, car après la perte du gros orteil, les malades seront pour la station et pour la marche dans des conditions meilleures qu'après l'opération pratiquée par Cramer et H. Larrey.

Luxation en dehors du gros orteil gauche avec plaie et issue à travers la plaie de la tête du premier métatarsien; luxation incomplète du premier métatarsien sur le premier cunéiforme. — Réduction; guérison. — L... (Louis), garçon d'écurie, âgé de vingt-sept ans, est entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes dans la soirée du 20 mars 1859. Cet homme avait fait quelques instants auparavant une chute de cheval dans laquelle il eut le pied droit pris entre le sol et l'épaule de son cheval. Au moment où il veut se relever, L... ressent une douleur violente, et à la vue de sa botte déchirée et du sang qui s'échappe à travers cette ouverture, il s'évanouit.

A son arrivée, l'interne de garde, M. Pelletier, constate l'état suivant :

1° Le gros orteil, luxé en dehors et en haut, est fortement relevé de manière à présenter une direction presque perpendiculaire à celle du métatarsien.

2° Une plaie contuse à bords écartés, mais nettement tranchés, existe au bord interne du pied dans une longueur de 5 centimètres, à partir de l'articulation métatarso-phalangienne.

3° La tête du premier métatarsien, mise à nu, fait saillie entre les lèvres de la plaie.

4° L'extrémité tarsienne du premier métatarsien, malgré les puissants ligaments qui la retiennent, est luxée en haut sur le premier cunéiforme, et fait à la face dorsale du pied une saillie d'un demi-centimètre au moins.

5° Les tendons qui vont s'insérer au gros orteil sont fortement tendus.

6° Les douleurs étaient excessives et faisaient pousser des cris au malade.

Dans la crainte que le gonflement inflammatoire ne rendît la réduction impossible si on attendait jusqu'au lendemain matin, M. Pelletier se décida à agir immédiatement. Faisant soutenir le membre par un aide, il saisit le pied de la main gauche en pressant sur l'extrémité postérieure du premier métatarsien, de manière à ramener cet os à sa position normale ; en même temps il opéra sur le gros

orteil, saisi entre le pouce et l'index de la main droite, des tractions directes et énergiques, et au bout de quelques secondes il eut la satisfaction de voir la réduction opérée complétement, sans avoir rencontré les difficultés que la lecture des observations publiées dans les auteurs lui avait fait redouter.

Le pied fut aussitôt placé sur un coussin recouvert d'un taffetas ciré, et soumis à une irrigation continue d'eau froide.

La nuit suivante fut calme ; le malade souffrit peu.

Le lendemain 21 mars, fièvre ; insomnie ; un peu de gonflement du pied. Une saignée du bras est pratiquée.

Le 22, la fièvre continue ; il y a de l'agitation ; un peu de contracture dans la jambe.

Les jours suivants, les symptômes fébriles persistent ; le pied est toujours très-gonflé.

Le 1er avril, apparition sur le dos du pied d'un foyer purulent dont l'existence avait été prévue et annoncée dès le premier jour. La pression exercée sur le foyer favorisa l'écoulement du pus à travers la plaie.

Le 2 avril, je pratique une ouverture sur le dos du pied. A partir de ce moment on cesse l'irrigation, et on fait un pansement simple.

Le 11, le gonflement du pied a complétement cessé ; l'ouverture de l'abcès est presque cicatrisée, celle de la luxation tend de plus en plus à se fermer ; le pied n'est pas du tout déformé.

Le 15 avril, le malade quitte l'hôpital, et dès le lendemain, malgré mes recommandations, il reprend ses occupations.

Cependant la marche était difficile, parce que la pression sur l'extrémité du premier métatarsien causait toujours de la douleur. Instinctivement L... cherchait un point d'appui sur le côté externe du pied ; il en résulta pendant quelque temps une déformation assez remarquable, caractérisée par une saillie considérable à la plante du pied de l'extrémité antérieure du quatrième métatarsien. Peu à peu cette saillie diminua, à mesure que le gros orteil et le premier métatarsien purent prêter au corps un point d'appui plus solide.

Enfin, deux mois après sa sortie de l'hopital, L... ne conservait plus de traces du grave accident qu'il avait éprouvé.

M. LARREY dit que s'il a été amené à faire la résection dans le cas cité par M. Letenneur, c'est que, dans un cas qu'il avait observé antérieurement, il avait tenté la réduction sans réséquer l'extrémité saillante de l'os, et que le blessé avait succombé.

— 3° M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL communique à la Société une observation de **corps étranger du genou.** L'opération a été pratiquée,

suivant la méthode de M. Goyrand, par *M. Colson* (de Noyon), membre correspondant.

Le malade souffrait depuis plus de dix ans du genou, quand il vint consulter M. Colson, qui reconnut l'existence d'un corps étranger paraissant avoir 14 ou 15 millimètres de diamètre, mobile, s'échappant facilement sous les doigts.

Le corps étranger fut fixé à la partie supérieure et externe de l'articulation, et l'opération a été faite par la méthode sous-cutanée. Le corps étranger sortit difficilement par l'ouverture pratiquée à la synoviale, et M. Colson dut l'accrocher avec une érigne de trousse pour le déplacer. Cela fait, le corps étranger fut poussé à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'articulation et laissé dans cette position. Le chirurgien a cru inutile de pratiquer une nouvelle opération pour l'enlever tout à fait. Il n'est survenu aucun accident, et le malade est complétement guéri.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. PAUL LORAIN adresse à la Société un enfant qui présente une monstruosité remarquable. Il est âgé de treize jours, et offre les difformités suivantes :

1° Hydrocéphalie (un os qui paraît être un os vormien est isolé de toute part en haut et en arrière) ;

2° Division de la lèvre supérieure et de la voûte palatine ;

3° La langue a contracté avec les piliers du voile du palais une adhérence singulière, de sorte qu'il n'y a pas, à proprement parler, d'isthme du gosier ;

4° Dépression remarquable des os du nez et rapprochement des deux trous orbitaires ;

5° Absence complète d'os intermaxillaire.

— M. CHASSAIGNAC présente deux malades :

1° **Tumeur du maxillaire inférieur.** — La malade a été opérée il y a deux ans par M. Chassaignac. Elle portait une tumeur située sur la région médiane du maxillaire. M. Chassaignac pensait qu'il s'agissait d'une tumeur à myéloplaxes; mais l'examen de la pièce a démontré qu'il s'agissait d'un beau type d'**enchondrome.** La guérison s'est maintenue pendant deux ans. Depuis quelque temps la maladie a reparu sur l'un des côtés de la section.

Au moment de la première opération, M. Chassaignac avait d'abord pensé à respecter une portion de l'arc antérieur de la mâchoire ; les dents n'étaient pas ébranlées. Cependant notre collègue, après réflexion, a préféré pratiquer une opération radicale. Ce qui se passe

aujourd'hui ne fait que confirmer les raisons qui l'ont décidé à agir ainsi qu'il a fait.

M. Chassaignac opérera de nouveau cette malade et fera connaître les résultats de son opération.

— 2° La deuxième malade est atteinte d'un **fongus des os du crâne ou de la dure-mère.** Cette femme est âgée de quarante-huit ans. Elle est aveugle complétement. L'examen ophthalmoscopique a montré une atrophie des papilles. Sur le front, à droite de la région médiane, on voit une tumeur molle, fongueuse, dépressible. A son pourtour, on sent un rebord osseux comme taillé à l'emporte-pièce. Cette tumeur est animée de battements isochrones avec ceux du pouls radial; mais il existe aussi d'autres mouvements de soulèvement, facilement appréciables à l'œil. Il y a donc, outre les battements artériels communiqués, des mouvements d'expansion. Enfin, chez cette malade, on a observé à plusieurs reprises des phénomènes épileptiques. Pour le moment, M. Chassaignac ne fera rien. S'il survenait des phénomènes de compression, peut-être se déciderait-il à intervenir; mais il n'a encore pris aucun parti. La Société sera tenue au courant de ce qui se présentera.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

M. PAUL DAUVÉ présente une pièce provenant d'un opéré dont il a déjà été question dans nos *Bulletins*.

Tumeur secondaire de même nature que la précédente développée dans les ganglions lombaires, avec perforation du duodénum. Tumeur fongueuse du cordon.

Dans la séance du 6 mars 1861, M. Paul Dauvé, médecin à l'artillerie de la garde, a eu l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un enchondrome du testicule droit opéré le 5 mars à l'hôpital militaire de Versailles par M. Godard, chirurgien en chef.

La pièce anatomique, divisée en deux portions, se trouve au musée du Val-de-Grâce et au musée Dupuytren. Ce testicule, du poids de 310 grammes, est un des plus beaux cas de transformation cartilagineuse complète que les auteurs aient décrits. L'épididyme seul était ramolli, et dans la tête de cet organe on voyait une tumeur contenant du tissu fibreux mélangé d'un grand nombre d'éléments amorphes de nature colloïde. La tunique vaginale très-épaissie avait été complétement réséquée, et la ligature du cordon faite aussi haut que possible en un point où celui-ci semblait sain.

Jusqu'au jour de l'opération, L... n'avait jamais éprouvé la moindre douleur, et l'état général était aussi satisfaisant que possible.

L'absence de tout élément cancéreux dans la tumeur pouvait écarter toute crainte de récidive.

Du 5 au 12 mars, l'état général du malade est bon. Il mange la demie. La plaie est rose et la suppuration de bonne nature.

A partir du 12, l'appétit diminue sensiblement. L'extrémité du cordon se couvre d'une matière pultacée grisâtre, et à l'endroit de la section nous apercevons une petite tumeur fongueuse, qui chaque jour prend un accroissement rapide.

L'idée vint à M. Godard que cette dernière partie des éléments du cordon avait conservé des traces de cartilage, et il se préparait à la réséquer, quand le 21 mars survient une douleur aiguë dans le trajet du canal inguinal. Le ventre est légèrement ballonné ; on applique dix sangsues, la douleur diminue. L'appétit a disparu. Il y a de la fièvre et de l'embarras gastrique. Jusqu'à ce jour le malade n'avait accusé aucune douleur dans le ventre ou dans la région des reins. Le souvenir du cas de Paget, les doutes sur les organes malades dans l'enchondrome du testicule, soit les tubes dilatés du rete testis (Curling), soit les vaisseaux lymphatiques (Paget), nous portent à examiner l'abdomen avec soin. Le toucher anal ne nous dévoile rien du côté de la prostate ; mais on sent une tumeur empâtée, un peu à gauche et au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur est profonde et douloureuse au toucher. Depuis deux jours il y a de la constipation. On applique sur la région douloureuse 10 sangsues ; on fait des frictions mercurielles belladonées.

Le 28, il y a des nausées et des vomissements, toujours de la constipation ; les signes d'étranglement disparaissent avec l'huile de croton.

Le 1er avril, la douleur a disparu dans l'aine droite ; la tumeur à gauche persiste, mais sans trop de douleur. Il y a des alternatives de constipation et de diarrhée. L'huile de croton est administrée tous les deux jours en lavement.

Pendant tout le mois d'avril, les douleurs lombaires et abdominales sont continues ; l'appétit est presque nul, les digestions sont troublées. La santé générale s'altère visiblement ; le malade maigrit ; son teint prend la couleur jaunâtre particulière aux sujets atteints de cancer. Le fongus développé à l'extrémité du cordon est saignant et grisâtre ; il laisse écouler une matière sanieuse, sanguinolente et d'une odeur insupportable. Il survient des eschares au sacrum.

Pendant les premiers jours de juin, les accidents s'aggravent ; il y a des nausées et des vomissements continuels. La maigreur est extrême, la suppuration abondante et fétide, et la mort survient le 18 juin, à neuf heures du matin.

L'autopsie est faite vingt-quatre heures après la mort. Le cadavre est dans un état de décomposition telle que l'inhumation est commandée pour midi ; aussi avons-nous eu à peine le temps de constater les principales lésions et d'enlever les tumeurs pour les examiner au microscope.

Nous disséquons avec soin le canal inguinal du côté droit. Il s'écoule plusieurs gouttes de pus. A l'ouverture de la cavité abdominale nous ne constatons aucune trace de péritonite. Nous disséquons aussi loin que possible les éléments du cordon droit et nous réséquons la veine et l'artère spermatique dans le point où l'une se jette dans la veine-cave et l'autre dans l'aorte; nous arrachons aussi le canal déférent jusqu'à la prostate. Les ganglions lymphatiques placés sur le trajet des vaisseaux sont grisâtres, et plusieurs sont purulents. Après avoir enlevé presque complétement la masse intestinale, nous arrivons sur une tumeur énorme et fluctuante située en avant de la colonne vertébrale.

En recherchant le rein gauche, nous tombons dans un foyer considérable rempli de pus. Cet abcès est situé à la partie interne et postérieure du rein et en avant du psoas. Les parois de l'abcès sont noires; le pus est bien lié et presque sans odeur.

La deuxième et la troisième portion surtout du duodénum adhèrent intimement à une tumeur de la grosseur du poing située sur la colonne vertébrale.

Cette tumeur, aplatie, a 6 centimètres de haut sur 9 de large. Elle s'étend plus à gauche qu'à droite, et forme à droite une des parois de l'abcès décrit plus haut. Elle est située entre l'aorte et la veine-cave en arrière, et la deuxième courbure et la troisième portion du duodénum en avant. Elle s'ouvre dans le duodénum à la partie postérieure par une ouverture circulaire de 5 centimètres de diamètre. A 2 millimètres de cette perforation et à droite, on voit l'orifice des canaux biliaires qui sont remplis de pus. Le pancréas est sain. La tumeur est formée d'une bouillie grisâtre assez dense. Elle laisse écouler une sanie purulente assez abondante. M. Rabot, ex-pharmacien interne des hôpitaux de Paris, a bien voulu nous aider dans l'examen microscopique de la tumeur. Nous n'avons trouvé là que des éléments désorganisés par une décomposition déjà trop avancée. Sous le champ du microscope, nous avons remarqué des globules de pus altéré en très-grande quantité, quelques masses de cellules d'enchondromes, et enfin des noyaux douteux qui nous ont semblé être plutôt des noyaux ramollis d'enchondrome que des noyaux cancéreux; du reste, il n'y avait pas trace de cellules cancéreuses.

A coup sûr, cette tumeur s'était développée dans les ganglions

lombaires et presque au niveau du réservoir de Pecquet. Il n'y avait aucune altération soit des vaisseaux situés en arrière, soit de la colonne vertébrale. Tous les ganglions voisins étaient ou hypertrophiés ou purulents.

Le fongus du cordon pèse 300 grammes, il a 8 centimètres de large sur 12 de long ; il est placé à l'orifice externe du canal inguinal droit, entre la cuisse droite et le testicule gauche. Il s'est développé à l'extrémité des éléments du cordon, mais plutôt sur les vaisseaux que sur le canal déférent, qui y adhère moins intimement. La tumeur se laisse déchirer facilement, quoique sa consistance soit plus grande que celle de la tumeur abdominale.

Au microscope on trouve les mêmes éléments que dans la première, avec cette seule différence que les amas d'enchondrome sont plus considérables et plus fréquents ; les noyaux douteux dont nous avons parlé plus haut sont encore plus abondants, mais nous ne trouvons pas davantage de cellules cancéreuses. On voit aussi des débris de vaisseaux, dont plusieurs ont une forme sphéroïdale remarquable.

Le canal déférent dans toute sa longueur a échappé à l'affection maligne. Il est sain, ainsi que la prostate. L'artère et la veine spermatique ont pris un développement énorme ; dans toute leur longueur elles ont subi la transformation fibreuse. Les vaisseaux lymphatiques qui les accompagnent sont énormes, et présentent des ganglions ramollis.

La maladie s'est donc ici communiquée par les vaisseaux lymphatiques, depuis le testicule jusqu'aux ganglions lombaires.

A l'exception du rein gauche, dont la partie postérieure baignait dans le pus et dont le tissu jaune semblait avoir subi la dégénérescence graisseuse, tous les autres organes ou viscères étaient sains.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 3 juillet 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. CHASSAIGNAC, à l'occasion du procès-verbal, présente la tumeur du maxillaire inférieur dont il a parlé dans la séance précédente, et qu'il a enlevée le 1er juillet. — Cette tumeur est dure, comme éburnée. Elle présente pourtant un point plus mou, plus élastique, et qui semble constitué par un exsudat sous-périostique.

Elle a été examinée avec soin et paraît devoir être rapprochée des tumeurs à myéloplaxes. Or, sur la première tumeur enlevée sur cette même malade, M. Robin n'avait trouvé que les éléments de l'enchondrome.

Depuis l'opération, la malade n'a éprouvé aucun accident.

COMMUNICATIONS.

Hernie congéniale étranglée ; opération. — Gangrène de l'intestin et du testicule par constriction du cordon. — Anus contre nature ; guérison. — Sous ce titre, M. RICHET donne lecture de l'observation suivante :

Michel M..., âgé de 24 ans, maçon, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 25 octobre 1860, pour des coliques violentes et des vomissements répétés, occasionnés, dit-il, par une *descente* qui ne peut plus rentrer.

Il rapporte qu'étant très-jeune, *il a été blessé* au testicule gauche, et que depuis cette époque il a toujours eu la bourse gauche plus volumineuse que la droite. Jamais il n'a porté de bandage. Au moment de son entrée à l'hôpital, il était atteint de chaude-pisse.

Cet homme nous raconte que le 25 octobre, à huit heures du matin, en descendant l'escalier pour aller au travail, il a été pris de coliques très-vives et a vomi plusieurs fois.

Le lendemain 26, à la visite, nous le trouvons dans l'état suivant : Face grippée, pouls petit et fréquent, vomissements opiniâtres de matières jaunâtres, évidemment stercorales, à l'odeur et à la couleur. Le ventre est ballonné, assez douloureux à la pression, surtout dans le voisinage de l'anneau inguinal gauche.

Le scrotum, à gauche, est occupé par une tumeur du volume du poing, très-dure, et tellement tendue qu'à la palpation on eût pu penser à une tumeur tout à fait solide. En arrière on sent une tumeur allongée, de la grosseur du pouce et se terminant en bas par une sorte de renflement très-dur lui-même. C'est évidemment le cordon très-gonflé et le testicule hypertrophié. En avant, la tumeur scrotale est plus molle, comme fluctuante, et, lorsqu'on la déprime, se réduit en partie sous les doigts et se cache dans le canal inguinal, en faisant entendre un bruit de gargouillement bien distinct. Le canal inguinal, dans tout son trajet, est soulevé et occupé par une tumeur dont il est difficile d'apprécier les éléments.

Le taxis a été tenté à plusieurs reprises par l'interne de garde, et il pense avoir réduit une portion de la tumeur.

J'essaye moi-même le taxis, et je m'aperçois bientôt que cette réduction de la tumeur scrotale n'est qu'apparente et qu'on ne fait qu'en refouler une portion dans l'épaisseur des parois inguinales.

Néanmoins, comme le malade est atteint de blennorrhagie, que le cordon et le testicule sont évidemment le siége d'un gonflement inflammatoire très-manifeste et que je suppose que la portion d'intestin engagée dans le trajet inguinal est comprimée et étranglée par la pression qu'exerce sur elle le cordon ainsi gonflé, mon diagnostic en un mot étant : *funiculite compliquée d'épididymite et orchite blennorrhagique avec étranglement herniaire*, je désire, avant d'en venir à l'opération du débridement, faire appliquer vingt sangsues sur le trajet du cordon, puis essayer de la réfrigération à l'aide d'une vessie remplie d'eau glacée. En même temps le malade est soumis à la diète et on lui administre une potion laxative.

Le 27, les vomissements ont persisté, le gonflement a plutôt augmenté que diminué; le ventre est plus ballonné encore que la veille; ayant dès lors perdu tout espoir de réduction, je me décide à pratiquer l'opération.

Après l'incision des téguments, incision qui s'étend obliquement depuis le milieu du trajet inguinal jusqu'à la partie moyenne du scrotum, de manière à découvrir largement l'anneau inguinal externe, je rencontre le sac herniaire, que je fends de bas en haut dans toute sa longueur. Alors se présentent, d'abord une portion d'épiploon, puis une anse intestinale, d'une longueur de 12 à 15 centimètres environ, noirâtre, molle, flasque, parsemée de points grisâtres annonçant une gangrène arrivée à ses dernières limites, sans perforation cependant. L'intestin est tendu sur lui-même au niveau de son pédicule.

Au-dessous de l'anse soulevée, je reconnais que la tumeur, allongée et indurée, était bien, ainsi que je l'avais diagnostiqué, formée par le cordon et ses éléments notablement gonflés auxquels étaient appendus inférieurement le testicule et l'épididyme, également très-tuméfiés.

L'intestin était en contact immédiat avec le cordon et le testicule; c'était donc à une hernie congéniale que nous avions affaire. Ayant constaté que l'étranglement siégeait très-profondément, c'est-à-dire à la partie la plus reculée du trajet inguinal, en d'autres termes, à l'anneau inguinal profond ou interne, j'attire ou plutôt je dégage l'intestin pour vérifier si au niveau du point resserré il n'existait pas de perforation; tranquille de ce côté, je n'hésite pas, vu le mauvais état de cette portion du tube intestinal, à la retrancher et à établir un anus contre nature. Cela fait, j'introduis le doigt dans l'intestin, et sans débrider ni sur le collet du sac ni sur l'anneau, je cherche à faire la dilatation afin de ne point courir les chances de laisser pénétrer dans la cavité péritonéale la moindre gouttelette du liquide âcre et de mauvaise nature dont le sac était rempli.

Je pratiquai ainsi par l'intérieur du tube intestinal, et sans trop de

difficulté, la dilatation de l'orifice herniaire, et, dès que j'eus retiré le doigt, les matières fécales s'échappèrent à flot; l'intestin fut fixé par quelques points de suture, et le malade, après avoir été pansé mollement à l'aide d'un bandage triangulaire, fut reporté à son lit.

Dans la journée, l'écoulement des matières fécales se supprima; on plaça alors dans le bout supérieur une sonde en gomme, et le rétablissement se fit immédiatement.

Le lendemain et les quatre jours suivants, les évacuations s'effectuent par la sonde copieuses et sans difficulté, et les deux portions de l'intestin et de l'épiploon qui avaient été retranchées le jour de l'opération à une certaine distance du point où siégeait l'étranglement, commencent à se sphacéler à son niveau même, déblayant ainsi l'infundibulum de l'anus contre nature.

Quant au cordon, il reste toujours très-volumineux et se présente sous l'apparence d'une tumeur blanchâtre, allongée, que termine en bas le testicule, dont le volume est double au moins de celui du côté opposé.

Le 2 novembre, voulant retrancher une petite portion d'épiploon qui ne s'était pas complétement détachée d'elle-même, il survint dans la journée une hémorrhagie qu'on ne put arrêter que par une ligature. Cette perte de sang paraît avoir été très-utile, car le gonflement inflammatoire qui existait au pourtour de la plaie a disparu depuis ce moment.

Le 3 et les jours suivants, le malade commence à reprendre de l'appétit; il mange une portion; et les matières, qui d'abord se présentaient après dix minutes, une demi-heure, puis une heure d'ingestion, n'apparaissent bientôt qu'après quatre ou cinq heures d'intervalle.

Le 8, elles mettent dix heures.

Je constate ce jour que le cordon offre, au niveau du point où existait l'étranglement, une rainure assez profonde, comme si on y avait placé une ligature. Ce même jour j'applique la pince-entérotome de Blandin, qui ne détermine aucun accident.

Le 11, l'entérotome tombe, entraînant entre ses mors une portion de l'éperon, qui, desséchée, n'offre pas moins de 40 millimètres de longueur.

Je constate, en introduisant le doigt dans la cavité intestinale, que le bout supérieur communique largement avec l'inférieur.

Toutefois l'éperon qui les sépare est encore assez saillant. Je pratique la compression à l'aide de la charpie sur l'orifice intestinal. Le lendemain, il n'a passé que des matières liquides par la plaie. Le malade a eu une selle copieuse.

Le 13 et le 14, le mieux se soutient. Le malade va tous les jours à la garde-robe par l'anus normal, et rend des matières moulées.

Le 15, nous constatons que la section du cordon est complète; son extrémité supérieure détachée peut être renversée dans le fond du scrotum. Je suis obligé d'en retrancher avec des ciseaux une longueur équivalente à 3 centimètres.

Le 16, le testicule, dont le volume avait beaucoup diminué depuis l'opération, s'énuclée sous forme d'une masse grisâtre et sanieuse, et le lendemain 17 je puis le retirer du fond du scrotum. La pièce pathologique, examinée avec soin, ne nous offre que les tubes séminifères; la tunique albuginée est restée fixée avec l'épididyme au fond du scrotum.

Le 23, la plaie s'est de plus en plus rétrécie et convertie en fistule stercorale. Néanmoins, l'introduction du petit doigt me permet de reconnaître la présence d'un éperon assez saillant pour que je croie devoir appliquer de nouveau l'entérotome; ce qui se fait non sans quelque difficulté.

Le 26, l'entérotome, qui n'a déterminé aucun accident, tombe, et la portion enlevée mesure 45 millimètres. On a donc enlevé en deux fois au moins 85 millimètres de l'éperon, qui empêchait la communication entre les deux bouts de l'intestin.

Les jours suivants, contrairement à ce que l'on observe en pareil cas, les bouts de l'intestin fixés dans l'infundibilum, au lieu de se rétracter du côté de la cavité abdominale, tendent à se rejeter en dehors. Déjà je songeais, après les avoir décollés, à les suturer pour les forcer à se porter en dedans, lorsque, pendant le courant de décembre, je crus m'apercevoir que, malgré cette saillie des bouts intestinaux, la plaie extérieure n'en continuait pas moins à se rétrécir.

Je résolus donc d'attendre avant de tenter une autoplastie régulière, et je me bornai à pratiquer la cautérisation au fer rouge des parties exubérantes de l'intestin.

Du 1er janvier au 20 février, trois cautérisations furent ainsi pratiquées, et chacune d'elles eut pour résultat de resserrer de plus en plus la fistule.

Le 20 mars, elle était réduite à un pertuis pouvant admettre une tête d'épingle, dont je cautérisai la circonférence à l'aide du crayon d'azotate d'argent.

A cette époque, le malade, dont l'émaciation était extrême dans les premiers jours qui avaient suivi l'opération, avait déjà repris un très-notable embonpoint et mangeait quatre portions.

Le 6 mai, on trouve, sortant par l'orifice fistuleux, un fragment de *tænia solium*. Une dose de 20 grammes de kousso est administrée, et

le lendemain le malade rend par les selles un énorme tænia complet et encore vivant.

Le 9, cautérisation de l'orifice fistuleux, à peine visible, à l'aide d'un stylet trempé dans le nitrate acide de mercure. A partir de ce moment, il ne suinte plus par la fistule qu'un peu de liquide jaunâtre jusqu'au 10 juin, époque à laquelle cette fistule est définitivement fermée.

Réflexions. — La première chose que je désire faire remarquer, c'est l'extrême embonpoint du malade, tel qu'il n'a jamais été et bien supérieur à ce qu'il était avant l'étranglement de sa hernie. Cela prouve sans réplique que le retranchement de l'anse intestinale herniée ne nuit en rien à son alimentation, et cependant cette portion retranchée était considérable, et dépassait certainement, avec ce qui s'est sphacélé consécutivement à l'opération, *vingt centimètres.* Cela démontre aussi l'immunité, je ne dirai pas des anus contre nature en général, mais de certains anus contre nature, puisque chez ce malade les choses se sont passées, depuis le commencement jusqu'à la fin, avec une extrême simplicité, et sans aucun accident soit du côté du péritoine, soit du côté de l'intestin lui-même.

J'attribue l'absence d'accidents du côté du péritoine à la précaution que j'ai prise chez ce malade, et que j'ai adoptée depuis longtemps en pareil cas, de ne débrider ni sur le sac ni sur l'anneau, afin de ne point diviser les adhérences récentes qui unissent le collet du sac à l'intestin.

On évite de la sorte tout épanchement dans l'abdomen des liquides contenus dans le sac, et aussi la pénétration de l'air atmosphérique. La dilatation à l'aide du doigt introduit dans le tube intestinal permet toujours de rendre l'ouverture assez large pour que les matières puissent sortir d'elles-mêmes, ou pour qu'on puisse facilement introduire une sonde dans le bout supérieur.

Pour me mettre en garde contre les accidents du côté du tube digestif, l'entérite, par exemple, j'ai soin autant que possible de ne point laisser la sonde à demeure, de crainte que son séjour dans l'intestin n'en provoque l'inflammation; je préfère sonder le malade trois ou quatre fois par jour, et faire des injections avec de l'eau tiède.

On remarquera que la hernie était congéniale, ce que l'on aurait pu d'ailleurs soupçonner avant l'opération, car le malade nous avait dit qu'*il avait été blessé depuis son enfance du côté gauche;* c'est là une particularité qui me semble digne d'être notée, parce que quelques chirurgiens, raisonnant d'après la théorie, ont pu dire que ces sortes de hernies n'étaient pas sujettes à étranglement. C'est là, à mon avis, une grave erreur qu'il importe de détruire avec des faits; déjà plu-

sieurs fois j'ai entretenu la Société de chirurgie de ce sujet, et lui ai soumis des pièces qui prouvent sans réplique la possibilité de cet accident. Le cas actuel vient à l'appui de cette opinion, et je me crois en mesure de pouvoir démontrer aujourd'hui que c'est même là un fait assez fréquent. Bien plus, et c'est là ce que présente de plus curieux l'observation du malade que j'ai présenté à mes collègues de la Société de chirurgie, c'est que l'étranglement est plus serré, plus énergique et par conséquent l'intestin plus souvent gangrené que dans les autres variétés de hernies. Chez mon malade, après quarante-huit heures seulement d'étranglement, et quoiqu'il n'eût jamais porté de bandage, la constriction avait été portée à un tel point que non-seulement l'intestin était livide, flasque et gangrené, mais que le cordon testiculaire lui-même avait subi dans ses éléments une altération portée au point de sphacéler le testicule. Il est vrai qu'il faut tenir compte du volume considérable qu'il présentait, et qu'il devait sans doute à l'inflammation blennorrhagique, qui s'était, selon toute probabilité, propagée du canal de l'urèthre jusqu'à l'épididyme; mais, même en admettant comme tout à fait démontré que cette funiculite compliquée d'épididymite ait eu pour point de départ la blennorrhée uréthrale et non simplement la pression exercée par le cercle herniaire constricteur, il n'en reste pas moins digne d'intérêt de voir jusqu'à quel point cette constriction a été portée et les résultats qu'elle a eus par rapport à la glande séminale.

Le dernier point enfin sur lequel je veux attirer l'attention, parce qu'il est de nature à faciliter la solution d'une question longtemps discutée et aujourd'hui encore non complétement résolue, au moins dans l'esprit de quelques chirurgiens, c'est celui de l'agent constricteur. Quel était-il? Etait-ce le collet du sac, ou l'anneau inguinal interne? L'anneau externe est ici hors de cause, puisque, après avoir incisé et fendu la paroi inguinale antérieure, j'ai trouvé l'étranglement siégeant tout à fait à la partie supérieure du trajet inguinal. Eh bien, je n'hésite pas à répondre que c'était l'anneau inguinal interne, ou, en d'autres termes, le *fascia transversalis*, et je vais le démontrer. Si la constriction eût été opérée par le collet du sac herniaire, c'est-à-dire par la portion rétrécie du péritoine siégeant au niveau du trajet inguinal et de ses anneaux, l'intestin seul eût subi la constriction, et le cordon spermatique, qui reste toujours souspéritonéal et qui par conséquent est en dehors du collet du sac, eût échappé à la constriction. Si donc il a été comprimé, serré au point d'être coupé comme par une ligature, et au niveau même du lieu où l'intestin se trouvait étranglé, c'est qu'évidemment il y avait un autre agent constricteur que le collet du sac. Quel peut être cet

agent, si ce n'est le cercle fibreux formé par le *fascia transversalis* à l'orifice inguinal profond ou interne ? On ne pourra donc plus donner désormais comme preuve irrécusable que *jamais l'étranglement de la hernie inguinale ne peut avoir lieu par les anneaux fibreux*, cette raison, à savoir, que, s'il en était ainsi, le cordon devrait être nécessairement comprimé, et qu'il ne l'est jamais. Tout ce que l'on pourrait avancer, c'est que les exemples de constriction simultanée du cordon et de l'intestin ne sont pas communs, et, pour ce qui me concerne, je dois avouer que c'est le premier fait probant de ce genre qu'il m'ait été donné d'observer. Mais j'incline à penser que si dans les cas ordinaires cette compression du cordon n'est pas possible à démontrer d'une manière éclatante et sans laisser de doute, c'est que son organisation toute spéciale lui permet de résister beaucoup plus longtemps que l'intestin à la constriction lorsqu'il est à l'état normal, surtout cette constriction ne durant jamais un temps assez long pour l'altérer dans sa structure. Mais si, comme dans le cas dont il s'agit, il change de nature, s'il est enflammé et volumineux, la striction des anneaux peut être portée au point de le couper et d'amener consécutivement le sphacèle du testicule, comme chez le malade que je présente à la Société de chirurgie.

— **Ligature appliquée sur une artère en voie d'ossification,** neuf jours avant la mort du malade. — M. BROCA communique l'observation qui suit :

Un homme âgé de soixante-huit à soixante-neuf ans reçut un coup de pied de cheval ; sa jambe fut brisée. On remarquait une forte contusion avec plaie, et une fracture avec esquilles. Le tibia était divisé en trois fragments. Mais la plaie était si peu étendue, et la fracture, malgré ces désordres, paraissait dans de si bonnes conditions, qu'un appareil simple fut appliqué sans que l'on eût recours à l'irrigation continue. Deux ou trois jours après, il survint de la gangrène, et elle marchait en descendant vers le pied. M. Broca attendit le moment convenable pour pratiquer l'amputation, et quand il trouva les conditions favorables, l'opération fut faite. L'artère fémorale battait bien, et notre collègue crut devoir attribuer le sphacèle à l'accident lui-même, au traumatisme violent, et non à l'altération des vaisseaux. L'amputation faite, les artères donnaient peu de sang, et elles étaient ossifiées, à tel point qu'elles ne se laissaient pas affaisser sous la pince.

Que fallait-il faire ? continue M. Broca. J'avais d'abord songé à me servir d'une de ces pinces mousses, telles que celles dont on fait usage pour tordre le fil de fer, à écraser l'artère ossifiée de façon

à boucher sa lumière avec les fragments qui seraient résultés de ce broiement, et à fournir ainsi un point d'appui durable pour la formation du caillot. Je ne m'arrêtai pas à cette idée. Je pris alors une grosse ligature plate, bien faite ; je serrai fortement, et je fermai l'ouverture de l'artère. La gangrène continua à marcher, et elle envahit d'abord la manchette, puis dépassa le point où l'amputation était pratiquée.

Pendant les premiers jours, le malade allait bien, et j'attendais avec anxiété la chute du fil, craignant bien, à cette époque, d'avoir une hémorrhagie ; j'avais même fait placer un tourniquet près du lit du malade. Mais la gangrène fait des progrès encore, et le malade succombe le neuvième jour.

Voici la pièce : il n'y a point de caillots dans la tibiale antérieure ; et dans une étendue de 3 centimètres au moins je n'ai pas rencontré de collatérale. Si donc il n'y a pas de caillots dans de telles conditions, c'est qu'il ne s'en est pas formé.

Les lésions des parois artérielles peuvent sans doute modifier la formation du caillot ; mais dans de telles circonstances on pourrait s'attendre à une modification toute contraire à celle que nous rencontrons. Ce blessé, à la chute du fil, aurait donc été atteint d'hémorrhagie. J'aurais dû alors recourir à la ligature de la fémorale. Ressource précaire! car ces ligatures suivant la méthode d'Anel sont loin, dans l'immense majorité des cas, d'être suffisantes pour parer aux dangers de ces hémorrhagies consécutives.

J'ai été embarrassé, je l'avoue, et c'est pour cela que j'ai trouvé le fait intéressant. Scarpa a bien conseillé (et M. Roux a fait cette tentative) d'introduire un bouchon dans l'artère et de pratiquer une ligature sur cette cheville. Mais il faut que cette cheville tombe, et n'est-on pas alors aussi exposé à une hémorrhagie qu'après une simple ligature? Peut-être l'idée que j'ai émise en commençant pourrait-elle donner de bons résultats. Saisir l'artère et la mâcher avec une pince à mors plats, c'est une idée que l'on pourra mettre en pratique, et l'expérience alors prononcera. *A priori*, je préférerais cette manière d'agir à celle conseillée par Scarpa.

M. VERNEUIL rapproche un fait de celui de M. Broca. Il a rencontré, en pratiquant une amputation de la jambe au lieu d'élection, les artères en voie d'ossification. L'ossification n'était pas aussi avancée que dans le fait de M. Broca, mais les artères, surtout la tibiale antérieure, étaient si friables qu'il n'y avait pas moyen de pratiquer une ligature. Le malade perdait beaucoup de sang ; alors notre collègue découvrit l'artère poplitée par le procédé de M. Marchal (procédé facile et commode), et trouvant cette artère aussi ossifiée, il isola la

veine et appliqua une ligature qui comprenait non-seulement l'artère, mais aussi toute sa gaîne celluleuse. La ligature n'est tombée que le quarante-quatrième jour, et le malade a bien guéri.

Quant à l'absence du caillot, comme c'est là un fait fort intéressant, M. Verneuil demande à M. Broca s'il s'est assuré de l'état du sang.

M. BROCA n'a pas examiné le sang de suite, et quand il a constaté, en disséquant la pièce, que le caillot manquait complétement, il n'était plus temps de faire cet examen.

M. CHASSAIGNAC. L'on ne constate, en général, cette absence de caillots que dans les cas de gangrène ou d'empoisonnement putride. Dans les cas d'artérite, il se forme des caillots; il ne s'en forme même que trop. Le caillot manque aussi assez ordinairement dans les cas de broiement d'un membre, et quand la mort survient après trois ou quatre jours. On observe alors dans l'artère une teinte sanguine que l'on peut suivre jusqu'à la première collatérale; mais de caillot, il n'y en a point. J'ai vu encore ce matin un fait qui vient confirmer ce que j'avance. Un blessé était mort après trois jours de séjour dans mon service; il n'y avait point de caillot, mais l'artère était teinte en rouge jusqu'à la première collatérale, située à 3 ou 4 centimètres du point où avait porté la section. Ajoutons que cette teinte rouge ne disparaît pas par le lavage.

Quant à ce que dit M. Broca, M. Chassaignac partage son opinion, et est d'avis qu'il faut, dans ces circonstances, écraser les tuniques artérielles.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 10 juillet 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey fait don à la Société d'une lithographie représentant le tableau de M. Rivoulen, intitulé : *Première opération de taille faite en présence du roi Louis XI par Germain Colot, au cimetière Saint-Séverin, en 1474.*

La Société a reçu les ouvrages suivants, publiés en anglais par M. le docteur T. Herbert Barker, membre (fellow) du Collége royal des chirurgiens de Londres : *Sur l'entozoaire cystique du rein de l'homme* (avec planches); London, 1856, in-8°. — *Volumineux calcul*

prostatique extrait par la taille périnéale (avec planches); Worcester, 1857, in-8°. — *Sur les fractures intra-utérines;* London, 1857. — *Influence des émanations des égouts;* London, 1858. — *Sur l'origine et la propagation de certaines maladies épidémiques* ; 1859. — *Observation de hernie étranglée*, etc.; 1859. — *Sur une urticaire grave produite par des larves sébacées;* London, 1851, in-8°. — Le nom de M. Barker sera inscrit sur la liste des candidats aux places de membres correspondants étrangers.

— M. Broca dépose sur le bureau une *Observation de rachitisme*, accompagnée de *Réflexions sur le développement des os;* Paris, 1860-1861, in-folio avec deux planches. Ce travail est extrait des livraisons de la grande *Anatomie pathologique* de M. Lebert.

L'auteur y a développé les idées exposées par lui en 1852 dans son *Mémoire sur le rachitisme* (*Bulletin* de la Société anatomique). L'étude de la situation des trous nourriciers aux divers âges, celle des couches chondroïdes normales, et enfin celle de l'ordre suivant lequel se répartissent et se succèdent les lésions du rachitisme, l'ont conduit à reconnaître que les diaphyses du même os ne croissent pas également par les deux extrémités, et à indiquer pour chaque os l'extrémité qui est le siége du principal accroissement.

Ces remarques faites sur l'homme ont été pleinement confirmées par les belles expériences faites sur les animaux par M. Ollier. La seule différence qui existe entre les conclusions du chirurgien de Lyon et celles de M. Broca est relative au développement du tibia. Le procédé des clous de plomb a permis à M. Ollier de constater que *chez les animaux* mis en expérience, cet os s'accroît beaucoup plus par son extrémité supérieure que par l'extrémité opposée. M. Broca a trouvé au contraire que *chez l'homme* l'allongement de l'extrémité supérieure de la diaphyse tibiale est à peine supérieur de 2 à 3 centimètres à celui de l'extrémité opposée. Cette différence dépend probablement de ce que chez l'homme le péroné occupe toute la longueur de la jambe ; les deux os, fixés l'un à l'autre à leurs deux extrémités, sont solidaires dans leur développement ; or, le péroné s'accroît principalement par son extrémité inférieure. Cette condition paraît de nature à modifier le développement du squelette de la jambe. Chez les chiens et les loups, au contraire, le péroné est rudimentaire ; il ne parvient pas jusqu'à la partie inférieure de la jambe ; il ne s'articule qu'avec l'extrémité fémorale du tibia, et rien ne contre-balance la tendance de ce dernier os à se développer, surtout par en haut. Sous tous les autres rapports, les faits annoncés par M. Broca d'après l'observation pure et simple ont été entièrement confirmés par M. Ollier, qui en a donné pour la première fois la démonstration expérimentale.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MOREL-LAVALLÉE. — **Bidactylie ou les deux mains et le pied droit en pinces d'écrevisse; absence du second orteil au pied gauche.** Je ne saurais mieux exprimer les vices de conformation que présente ce sujet. Si ce n'est pas un cas unique, c'est au moins un cas assez rare et assez curieux pour mériter votre attention.

Hippolyte C..., saltimbanque, né à Lemeu, près Compiègne, en 1825, présentement à Vaugirard, dans sa voiture, rue Dutan, amenait son père à la consultation de l'hôpital Necker, le 1er juillet 1861, pour une ankylose consécutive à une lésion traumatique de la main. Mais bientôt on s'occupa plus du fils que du père, car Hippolyte présentait des mains et des pieds d'une forme toute particulière : en excitant la curiosité du peuple, il trouve dans sa difformité un moyen d'existence.

Il commence par annoncer que sa mère, pendant sa grossesse, vers le premier mois, a été frappée à la vue d'une écrevisse que son mari lui tendait en plaisantant, comme s'il eût voulu la faire mordre. Selon lui, c'est ce *regard d'écrevisse* qui l'a rendu difforme dans le sein de sa mère.

Quoi qu'il en soit, il porte les lésions congénitales suivantes :

Mains. — Les deux mains ne sont représentées chacune que par deux doigts, qui simulent parfaitement les pinces d'une écrevisse ; la division comprend tout le métacarpe jusqu'au carpe exclusivement.

Main droite. Les deux doigts de la main droite représentent assez bien par leur volume et par leur configuration, l'un le pouce, l'autre le petit doigt. Le squelette des deux métacarpiens est normal ; il est garni des parties molles des éminences thénar et hypothénar. Les deux branches de la pince s'écartent à volonté jusqu'à la ligne horizontale ; leur rapprochement forme un losange régulier, dont le diamètre longitudinal a 5 centimètres environ et le diamètre transversal 3 centimètres 1/2. Les branches de la pince, quoique articulées par les articulations carpo-métacarpiennes, métacarpo-phalangiennes, ne peuvent se replier de façon à offrir un poing.

Main gauche. On trouve une disposition analogue pour les doigts de la main gauche, mais, par leurs proportions et leur configuration, ils représentent l'un le pouce, l'autre l'annulaire ; ils peuvent se replier pour former le poing, ce qui leur donne une puissance musculaire beaucoup plus considérable que celle de la main droite ; il peut, en effet, soulever du côté gauche un poids de cinquante kilos.

La région carpienne et anti-brachiale de l'un et de l'autre côté sont

régulièrement conformées ; on trouve le pouls à sa place normale ; seulement, du côté droit, la tabatière anatomique et un tendon qui se rend à l'auriculaire sont moins marqués que du côté gauche.

Il exécute avec ces pinces les mouvements les plus variés avec une rapidité et une facilité surprenantes ; il peut même, avec la pince droite, tenir une plume et écrire, mais les mouvements d'écriture ne se passent pas, selon les règles, dans les articulations métacarpo-phalangiennes ; ils s'accomplissent par des déplacements en totalité du carpe et de l'avant-bras.

Pieds. — Aux pieds, les lésions sont moins profondes.

Pied droit. Le pied droit est fendu jusqu'aux os du tarse, de façon à représenter aussi une pince d'écrevisse. Pour la branche interne, on trouve un squelette composé de deux os soudés par leurs faces latérales et présentant une gouttière médiane sur les faces supérieures et inférieures de la suture. Les parties molles qui le recouvrent offrent une dépression à l'endroit de la gouttière ; l'ongle est unique, aplati et développé dans le sens transversal. La longueur de cette branche est de 7 centimètres environ. La branche externe, moins large que la précédente, plus courte de 2 centimètres, paraît rudimentaire ; elle est formée de deux doigts soudés par les métatarsiens et les phalanges ; les ongles sont distincts. Les articulations de ces branches sont très-mobiles ; elles se rapprochent par leurs extrémités, de sorte que ce pied exécute des mouvements plus variés qu'un pied normal.

Le pied gauche possède le premier, le troisième, le quatrième et le cinquième orteil. Le premier orteil est luxé en dedans, pour combler l'espace qu'occuperait un second orteil. Lorsqu'on le redresse, il dépasse de beaucoup la longueur du troisième orteil.

Quoique le pied gauche ait une conformation moins anormale que le pied droit, il supporte moins facilement la position hanchée et la marche, ce qui tient probablement à deux causes : la luxation du premier orteil qui a produit un oignon à l'extrémité interne, et l'inégalité de base de sustentation, la base du pied droit étant très-étendue, parce que sa pince peut s'écarter de 4 centimètres.

Cet homme ne présente pas d'autres vices de conformation ; s'il n'est pas d'une constitution très-robuste, il est au moins très-bien portant.

Nous savons bien que l'influence de l'imagination de la mère sur le développement du vice de conformation a été contestée ; mais ne l'a-t-elle pas été surtout parce qu'on ne voit pas le lien qui rattache la cause à l'effet ? En tous cas, il ne faut sur aucune question repousser systématiquement les faits, l'explication viendra quand elle pourra.

Pour ce qui concerne l'influence sur l'imagination de la mère, il y a deux ordres de faits : dans les uns, l'impression a été légère et fugitive ; on ne la retrouve qu'en cherchant bien, comme la pression d'une baleine dans un cancer du sein ; ces faits-là sont insignifiants ; mais dans les autres l'impression a été vive, soutenue. Tantôt c'est une femme frappée de l'aspect d'une tête de lièvre écorché, et qui assure jusqu'au dernier moment à son accoucheur que son enfant naîtra avec un bec-de-lièvre, et sa crainte se réalise.

Le docteur Martin (de Lyon) en a publié un exemple en 1822 ; M. le professeur Roux en possédait un autre. J'ai vu une tache sur le front annoncée de la même façon et avec le même résultat. Enfin, notre savant confrère M. Guyon a observé à la Martinique un cas qui est comme le pendant du nôtre : une femme enceinte est frappée de la vue d'un enfant qui avait six orteils à chaque pied ; et, suivant ses appréhensions, son enfant vint au monde avec un orteil surnuméraire ; les autres enfants étaient nés tous bien conformés.

Je suis loin de prétendre que ces faits tranchent la question ; mais il me semble qu'ils donnent à réfléchir. Ce n'est pas, d'ailleurs, en écartant les éléments d'un problème qu'on en prépare une solution sérieuse.

Au reste, l'intérêt de cette présentation est beaucoup plus dans l'étrange conformation des mains et des pieds que dans l'interprétation étiologique du vice congénital.

M. HOUEL fait observer que M. Cruveilhier, dans son grand ouvrage, a décrit cette difformité sous le nom de difformité par fusion ou par adhérence. M. Méniere, il y a au moins vingt-cinq ans, a déposé une pièce semblable au musée Dupuytren. Dans des cas semblables à celui qui est présenté à la Société, il manque quelquefois des os, soit du carpe, soit du métacarpe.

M. CHASSAIGNAC s'élève contre l'étiologie de cette difformité que semble admettre M. Morel-Lavallée. Rien n'est moins prouvé ni moins admissible que ces histoires où se mêle le merveilleux, et presque toujours bâties après coup. Il est surpris de la facilité avec laquelle notre collègue semble ajouter foi à toutes ces fables. Cette question a du reste déjà occupé la Société, et M. Chassaignac ne veut pas insister davantage.

M. GIRALDÈS. C'est là un fait curieux au point de vue tératologique. J'ai vu deux cas semblables : l'un chez un enfant, l'autre chez un adulte. Le cadavre de ce dernier fut apporté à Clamart pendant mon prosectorat, et la pièce est déposée au musée de cet établissement. J'ai eu quelques détails sur ce dernier, et le père ou la mère

avait présenté la même difformité. Ammon en a rapporté quelques cas dans son *Atlas d'anatomie des difformités congénitales.*

M. MOREL-LAVALLÉE dit que la question est loin d'être résolue, et qu'il y a des faits sérieux qui méritent toute considération.

— M. VERNEUIL présente deux malades :

1° — **Désarticulation tibio-tarsienne.** — Cette jeune fille a été opérée il y a quatre ans, pendant que je remplaçais M. Marjolin à l'hôpital Sainte-Eugénie ; elle a été à cette époque présentée à la Société de chirurgie. Les os du tarse étaient cariés ; mais l'astragale m'avait paru pouvoir être conservé. J'avais donc fait une amputation sous-astragalienne ; mais au moment de faire le pansement, j'explorai cet os, et je m'aperçus que son tissu était ramolli. Je pressai avec une pince, cette pince s'enfonça dans le tissu spongieux, et il sortit une notable quantité de pus. Je procédai immédiatement à la désarticulation tibio-astragalienne, en laissant les malléoles.

Depuis quatre ans, la guérison est parfaite ; j'avais conservé la peau du talon, et c'est sur elle que porte le poids du corps. On sent très-distinctement la malléole interne, et la malléole externe descend au moins à 2 centimètres plus bas que l'interne. — Le soulier consiste en une espèce de cornet en cuir, sans aucune pièce spéciale. Il y a à peine une légère claudication dans la marche.

M. DESORMEAUX. J'ai pratiqué, il y a quelques mois, une amputation semblable pour un cas de carie scrofuleuse des os du tarse. Je me méfie toujours, dans les cas où la lésion osseuse n'est pas de cause externe, des os même assez éloignés du foyer du mal. L'astragale paraissait sain, et pourtant, lorsque j'examinai la pièce, je m'applaudis d'avoir eu recours de suite à l'amputation tibio-tarsienne, car je trouvai l'astragale déjà assez profondément altéré.

Dans ce fait, j'ai enlevé les deux malléoles, et peut-être cette résection des extrémités du tibia et du péroné n'a-t-elle pas été sans influence sur les accidents ultérieurs.

Le malade est à Vincennes, mais il a eu plusieurs abcès, et il reste encore aujourd'hui des trajets fistuleux. Le stylet ne pénètre pas jusqu'aux os, mais je les crois malades, et c'est à eux que je rapporte les abcès qui se sont produits.

2° — Anévrysme ; ligature de l'artère au niveau de l'anneau du troisième adducteur.

On se rappelle, dit M. VERNEUIL, ce malade, facteur de la poste aux lettres, que j'ai présenté au commencement de cette année. J'avais pratiqué, pour guérir un anévrysme poplité, la ligature au niveau de l'anneau du troisième adducteur. On sentait encore le sac et

des battements, de façon que l'on pouvait se demander s'il s'agissait d'une récidive. Vous vous rappelez que ces battements étaient très-nettement perçus, mais que nous rejetâmes l'idée d'une récidive. Aujourd'hui nos prévisions se sont réalisées : on ne sent plus de pulsations ; on ne sent même plus le sac. On trouve des battements il est vrai vers le côté externe, dans le creux poplité, mais ils sont placés en dehors du siége de l'anévrysme, et me paraissent dus à une collatérale bien développée.

De plus, ce malade marchait avec beaucoup de difficulté ; aujourd'hui, au contraire, il marche bien, ne se fatigue plus, ne boite pas, et veut reprendre son service de facteur.

M. RICHET a vu à Saint-Louis le malade de M. Verneuil. Il l'a fait coucher pour l'examiner à son aise. Il confirme ce que vient de dire M. Verneuil, et pense comme lui que les battements que l'on sent sur le bord externe du losange poplité sont dus à la présence d'une grosse collatérale.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Mort subite; insuffisance des valvules aortiques. — M. LABORIE présente à la Société le cœur d'un malade mort subitement dans son service à l'Asile impérial de Vincennes.

Ce malade, dit M. Laborie, était entré seulement depuis quelques jours ; sur sa pancarte d'admission on avait inscrit : anévrysme de la crosse de l'aorte. Lorsque j'ai examiné la poitrine, j'ai reconnu une énorme hypertrophie du cœur, avec bruit de souffle très-énergique à gauche de l'organe. Le cœur avait une impulsion si violente, qu'il semblait transmettre à l'oreille un choc semblable à un coup de marteau.

Du reste, la santé générale était bonne ; pas d'œdème, à peine de dypsnée, si ce n'est dans les mouvements trop vifs.

Le lundi 8 juillet, à dix heures du matin, le malade étant dans sa chambre fut pris d'un sentiment de suffocation ; on alla immédiatement chercher l'interne de garde. Quand il arriva, la mort avait eu lieu sans secousses, sans vomissements.

Le mardi matin, je procédai à l'autopsie.

Le corps conservait un reste de chaleur, surtout dans l'intérieur de la poitrine.

Après avoir largement ouvert la poitrine, on trouve que les poumons sont parfaitement sains, très-crépitants dans toute leur étendue. Le poumon gauche présente seulement quelques adhérences anciennes à la plèvre pariétale.

Le péricarde apparaît énorme entre les deux poumons, recouvert

cependant en partie par ces organes, mais sans y adhérer. Il contenait environ 30 grammes de liquide citrin transparent.

Le cœur a au moins trois fois le volume normal. Après l'avoir enlevé avec la crosse de l'aorte, je l'incise transversalement sur la ligne moyenne, ce qui permet de bien juger de la disposition des cavités. Le ventricule gauche est énormément dilaté, tout en conservant une grande épaisseur de ses parois. La valvule mitrale, retenue par des faisceaux charnus hypertrophiés, contient dans son épaisseur une énorme production ostéo-calcaire longue de 4 centimètres, large de 3 centimètres à sa base, et se joignant de ce côté à des productions semblables qui ont envahi les valvules aortiques.

Celles-ci sont immobilisées par ces concrétions, et il ne reste pour le passage du sang qu'une ouverture irrégulière ayant à peine 1 centimètre de diamètre. L'extrémité du doigt introduit dans cette ouverture ne peut la dilater. La crosse de l'aorte est énormément et uniformément dilatée, sans altération de ses parois.

Quant au cœur droit, il est relativement normal, ne présente aucune trace d'altération et est très-médiocrement dilaté.

Rien dans les oreillettes.

Rien dans le crâne ni dans les viscères abdominaux.

En communiquant ce fait à la Société, quoiqu'il soit étranger à ses travaux habituels, j'ai pensé qu'elle en prendrait connaissance avec quelque intérêt. Il s'agit, en effet, d'un de ces cas de mort subite qu'on ne saurait attribuer qu'à l'insuffisance des valvules aortiques. Cette cause de mort, quelle que soit du reste l'explication que l'on donne du mécanisme qui l'a produite, n'a pas échappé aux médecins et aux physiologistes. Morgagni l'avait signalée, et M. Gendrin, dans ses *Leçons sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux*, a spécialement insisté sur cette affection. Je citerai en outre avec plaisir une très-bonne thèse de M. Charles Mauriac. Dans ce travail, l'auteur réunit quinze observations de ce genre, et étudie avec sagacité ce sujet encore si peu connu.

— **Fracture ancienne de l'olécrâne non consolidée. Conservation presque complète des mouvements de l'articulation.** — M. LABORIE présente cette seconde pièce, et donne les détails suivants :

Le nommé L..., jardinier à l'Asile impérial de Vincennes, est mort il y a un mois, dans mon service, à la suite d'une affection du cœur. Dans les derniers jours de sa vie, ce malade m'avait dit qu'il y avait environ dix-huit ans son coude droit avait été fracassé dans une chute.

L'état déplorable de la santé de ce pauvre homme, qui était pres-

que mourant, ne me permit pas de le fatiguer par un examen et par des questions qui auraient pu m'éclairer sur la nature de l'accident qu'il signalait.

Je remarquai seulement une certaine déformation du coude qui offrait un volume plus considérable que dans l'état normal. Quant aux mouvements, ils étaient presque tous conservés, en exceptant toutefois l'extension, qui ne pouvait être obtenue complétement.

Du reste, le membre avait conservé dans toute sa longueur son volume normal et sa force. L..., très-travailleur, se livrait avec ardeur à ses travaux de jardinage, bêchant la terre, portant de lourds fardeaux, sans jamais éprouver ni douleurs ni faiblesse dans la jointure malade.

L'affection du cœur avait déterminé une hydropisie générale, et la mort survenait deux jours après que j'avais reconnu la lésion du coude.

L'autopsie n'ayant pu être faite comme je le désirais, j'enlevai seulement le coude droit, et j'ai l'honneur de vous présenter la pièce pathologique, qui me paraît digne de fixer votre attention.

Description. — Les lésions qu'on remarque peuvent être divisées comme il suit :

Les unes sont le résultat de la violence exercée sur le coude, et les autres sont consécutives à cette lésion.

1° *Lésions déterminées par la chute.* — Nous remarquons une fracture de l'olécrâne et un arrachement de l'épitrochlée.

La fracture occupe la partie moyenne de l'olécrâne ; elle est transversale, un peu oblongue de dedans en dehors. C'est un exemple bien manifeste de la troisième variété, signalée par Boyer et acceptée par M. Malgaigne. On sait que Boyer, en outre de la fracture du sommet et de la fracture de la base, admettait la fracture de la partie moyenne.

Non-seulement il n'existe aucune adhérence au niveau de la fracture, mais encore les deux surfaces en contact sont incrustées de cartilage ; le fragment olécrânien est retenu en place par une capsule fibreuse résistante seulement à la face postérieure.

L'épitrochlée, arrachée, est restée libre ; la surface du fragment en rapport avec l'humérus est également lisse et polie. Il n'y a aucune apparence de cal.

Ajoutons que la surface articulaire cubitale paraît avoir subi à sa face interne une perte de substance, et que dans l'épaisseur de la capsule articulaire se retrouve un fragment osseux qui paraît être formé par une partie de cette articulation. Ce fragment est également

libre, et on remarque quelques productions cartilagineuses sur la face restée en rapport de contact avec le cubitus.

2° *Lésions consécutives*. — Toutes les surfaces osseuses de l'articulation du cubitus et de l'humérus ont subi la transformation signalée dans les arthrites sèches. Ainsi, les cartilages détruits sont remplacés par une surface éburnée.

Quant à l'articulation huméro-radiale, elle semble avoir pris un accroissement en rapport avec le rôle important qu'elle était appelée à jouer par suite de la lésion de l'articulation huméro-cubitale; ainsi elle représente en volume plus de la moitié de l'articulation du coude ; la petite tête humérale a presque le développement de la tête de l'humérus, et la cupule radiale a subi un accroissement analogue. La cavité humérale, dans laquelle se loge l'extrémité de l'olécrâne, étant devenue inutile, s'est comblée ; elle est remplie par une espèce de dépôt calcaire qui peut assez facilement être extrait avec la pointe d'un bistouri.

M. RICHET fait remarquer que sur cette pièce de fracture de l'olécrâne il n'y a point d'écartement des fragments, et pourtant on ne trouve entre eux ni cal osseux ni même de cal fibreux.

M. GIRALDÈS insiste sur les déformations du coude, et trouve là des traces de lésions anciennes de l'articulation ; les surfaces articulaires sont éburnées, et ces altérations ont bien pu contribuer à empêcher la consolidation.

M. BÉRAUD a disséqué une fracture de la partie moyenne de l'olécrâne. Cette fracture était ancienne, non consolidée; les surfaces étaient en contact et obliquement dirigées de haut en bas et d'arrière en avant. De plus, elles étaient revêtues d'une sorte de cartilage, et elles étaient maintenues en contact par des liens fibreux qui existent à la face postérieure de l'olécrâne. M. Béraud a étudié le résultat des mouvements de flexion et d'extension, et il a vu que la flexion de l'avant-bras sur le bras, loin d'écarter les fragments, les rapprochait, et que l'extension les écartait. Or, ce résultat est contraire à tout ce que la physiologie permettait de prévoir. Il attribue ce résultat à l'obliquité des fragments.

M. CHASSAIGNAC trouve que la pièce offre le plus grand intérêt. Avec toutes ces lésions, il n'y a pas eu d'ankylose. C'est là un fait curieux qui doit encourager à tenter de rendre les mouvements aux articulations, ainsi que notre collègue l'a avancé dans une des séances précédentes. On constate que la trochlée est atrophiée, que le condyle, au contraire, est hypertrophié, de même que l'extrémité supérieure du radius, de façon que la surface articulaire, au lieu d'être oblique en

bas et en dedans, est oblique en sens contraire. Les os sont éburnés. On trouve de plus, en bas et en dedans, une pièce osseuse qui paraît être, pour M. Chassaignac, une portion de la trochlée qui aurait été brisée antérieurement.

M. BROCA. Il y a ici deux choses : une fracture de l'olécrâne et une arthrite sèche. La fracture s'est produite probablement à la faveur de l'arthrite sèche. On voit une éburnation très-belle. Les surfaces articulaires sont polies et dures comme de la porcelaine. Quant à cette masse osseuse sur laquelle M. Chassaignac vient d'appeler l'attention, ce n'est pas un fragment de la trochlée, mais bien un corps étranger de formation nouvelle, développé dans le ligament latéral interne ; il y a même une articulation entre le corps osseux et le cubitus lui-même. Voilà deux caractères de l'arthrite sèche. J'ajouterai, comme troisième caractère, la simplicité de la fracture de l'olécrâne. C'est ainsi, en effet, que les choses se passent dans des cas semblables.

MM. MOREL-LAVALLÉE et BAUCHET partagent l'opinion de M. Broca. Depuis que cette question de l'arthrite sèche a été mise à l'étude et élucidée à la Société anatomique, il ne s'est pas présenté une pièce où les caractères anatomiques bien tranchés de cette lésion fussent plus concluants.

M. CHASSAIGNAC reconnaît sans nul doute qu'il y a sur cette pièce les caractères de l'arthrite sèche ; mais il persiste à croire, malgré la démonstration de M. Broca, qu'il peut y avoir là fracture de la trochlée non consolidée, et que le fragment serait précisément cette masse osseuse que M. Broca regarde comme une lésion propre à l'arthrite sèche.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, BAUCHET.

Séance du 17 juillet 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

1° Putégnat. *Lettre à M. le docteur Boinet, sur les droits et devoirs du médecin bibliographe.* Bruxelles, 1861, in-8°.

2° Langlebert (Edmond). *Du chancre produit par la contagion des accidents secondaires de la syphilis.* Paris, 1861, in-8°. (Rapporteur, M. Cullerier).

— M. le docteur Legendre se porte candidat à la place de membre titulaire qui vient d'être déclarée vacante.

— M. le docteur Lizé (du Mans), déjà candidat au titre de membre correspondant, fait parvenir à la Société, par l'intermédiaire de M. Gosselin, deux pièces d'anatomie pathologique et plusieurs observations de chirurgie. (Commissaires, MM. Desormeaux, Béraud et Guersant.)

— M. HUGUIER, à propos de la correspondance, communique à la Société un exemple fort intéressant *d'accidents survenus à la suite de la vaccination* et observés par M. le docteur Allaire (d'Héricy-sur-Seine).

Il s'agit d'un enfant de deux ans, vacciné en juin 1860. Un seul bouton apparut au bras droit, qui fut l'origine des accidents. D'abord c'est un érysipèle, puis des accidents cérébraux simulant ceux de la méningite, puis un abcès du creux axillaire. Alors l'érysipèle gagne le cou et le tronc, et l'on voit se développer une adénite cervicale qui donne lieu à un abcès, et un phlegmon, à forme diffuse, avec sphacèle du tissu cellulaire, sur le tronc. Bientôt deux autres abcès se développent sous la clavicule. Alors se produit une éruption de boutons sur toute la moitié droite du tronc ; puis un sixième abcès, puis un septième. Enfin, et malgré ces accidents formidables, l'enfant est guéri.

Notre confrère se demande si le vaccin ne proviendrait pas d'une source impure. C'est une pure hypothèse, car le vaccin provenait d'une source peu suspecte; mais il était recueilli depuis longtemps. Il ajoute qu'il n'existait pas d'épidémie d'érysipèle ou de maladie septique dans le pays au moment où ce fait était soumis à son observation.

M. ROBERT et M. CHASSAIGNAC pensent que l'on ne fait peut-être pas assez attention au danger qui peut résulter de la multiplicité ou du rapprochement des piqûres. Il survient souvent de l'érythème, et à cette irritation superficielle peut succéder une inflammation plus profonde, des adénites axillaires et même des abcès.

M. Robert, sans soutenir d'une manière absolue le danger de prendre du vaccin chez des enfants dans de mauvaises conditions, ne voudrait pas se servir de vaccin recueilli sur des enfants chétifs, débilités, présentant des boutons ou des croûtes sur le corps.

M. Chassaignac insiste sur les dangers qui pourraient résulter non pas de l'inoculation du virus-vaccin pris isolément, mais du sang, qui

trop souvent est mélangé au virus recueilli sur des enfants syphilitiques.

M. Chassaignac rappelle les accidents qui se sont présentés chez des militaires soumis à la revaccination.

M. BOINET cite à ce propos le mémoire qui vient d'être publié dans la *Gazette médicale de Lyon*, et qui a pour but de prouver que le sang peut, dans certaines inoculations, transmettre la vérole.

M. GUERSANT pense que l'on néglige peut-être trop cette petite opération, et que l'on ne prend pas assez garde de ne pas trop rapprocher les piqûres. Il a vu survenir des accidents chez deux enfants vaccinés de bras à bras. Dans ces cas, il a cru devoir rapporter les accidents non au vaccin lui-même, mais à la mauvaise constitution des enfants et aux fâcheuses conditions dans lesquelles ils se trouvaient.

M. GIRALDÈS. Ces accidents ne sont pas rares chez les nouveau-nés placés dans certaines conditions, à l'hospice des Enfants assistés, par exemple. J'ai vu des érysipèles, des phlegmons, des gangrènes partielles intéressant la peau et quelquefois aussi les muscles, etc. Je n'ai jamais vu que ces accidents pussent être rattachés à la multiplicité des piqûres.

M. DANYAU n'est pas convaincu du danger que présente l'auréole inflammatoire qui accompagne l'évolution des pustules vaccinales, même quand les piqûres sont rapprochées. Il a fait un grand nombre de vaccinations, en se plaçant toujours, comme on doit le faire en toute circonstance, dans les conditions les plus favorables, et il n'a pas vu que l'état particulier, idiosyncrasique des enfants, prédisposât aux accidents consécutifs à la vaccination. Il a quelquefois observé des accidents, mais sans pouvoir expliquer pourquoi ils s'étaient produits, sans que rien dans l'enfant ou dans les soins dont on l'avait entouré pût expliquer le développement de ces complications.

M. DESORMEAUX. Il faut traiter la vaccination comme une opération, et, comme telle, la pratiquer en suivant les préceptes recommandés par les auteurs. Il pourra sans doute, même en s'entourant de toutes sortes de précautions, en ne négligeant aucun détail de cette petite opération, survenir quelquefois des érysipèles, des phlegmons, etc.; et il en sera de la vaccination, dans beaucoup de cas, comme des autres opérations dans lesquelles on ne trouve rien pour expliquer l'évolution de ces complications.

M. LEGOUEST revient sur une des assertions émises par M. Chassaignac. Il y a dix-huit mois ou deux ans, le ministre de la guerre prescrivit la revaccination dans l'armée. — Dans une ville du Midi, il

survint chez plusieurs militaires (sept ou huit) des accidents qu'on rapportait d'abord à la syphilis. L'autorité s'en émut, et M. Larrey fut envoyé pour examiner les faits. Or, de l'examen auquel s'est livré notre collègue, il est résulté que ces accidents n'étaient dus qu'à des érysipèles phlegmoneux, développés sous l'influence d'un manque de soins de propreté, du grattage des boutons, et de la reprise trop prompte du service. Un grand nombre d'autres militaires avaient été, du reste, revaccinés dans les mêmes conditions, le même jour, avec le même vaccin, et n'avaient pas eu d'accidents. Chez aucun de ces militaires il n'y eut d'accidents syphilitiques, ni généraux, ni même locaux.

Sur la proposition de **M. VERNEUIL**, la Société décide qu'un extrait de la lettre qu'il a communiquée pour M. Huguier précédera la discussion qui vient d'avoir lieu.

COMMUNICATION.

M. LEGOUEST communique le résultat qu'il a obtenu sur un malade déjà présenté à la Société et atteint de **torticolis intermittent.**

M. Legouest rappelle à la Société qu'il a eu l'honneur de lui présenter, il y a deux mois environ, un sous-officier atteint d'une affection singulière, qualifiée par lui de torticolis intermittent.

Etant au repos et dans la position du soldat sans armes, le malade avait la tête dans une rectitude parfaite, les deux yeux sur la même ligne, les traits du visage réguliers. Les reliefs musculaires du cou étaient les mêmes des deux côtés. Cette attitude régulière se maintenait tant que le tronc était immobile; tous les mouvements de la colonne cervicale s'exécutaient alors sans gêne, sans douleur et dans toute leur amplitude.

Dès que le sujet venait à marcher, la face se déviait peu à peu à droite, la tête se renversait à gauche et en arrière, de telle sorte qu'après une marche un peu longue, la nuque se trouvait près de l'épaule gauche et le visage regardait obliquement à droite et en haut. On constatait alors à la vue une saillie prononcée des muscles sterno-mastoïdien et trapèze gauche, et, par la palpation, une contracture de ces mêmes muscles et une dureté considérable.

Quand le malade cessait de marcher, la contraction musculaire cessait aussitôt, la tête revenait à sa position normale, et un léger craquement avec ressaut, dont le siége paraissait profondément situé au niveau du sommet de l'apophyse mastoïde, était perçu par le sujet seul.

Cette affection, remontant au 15 août 1859, était survenue à la suite d'un refroidissement; elle avait débuté comme une névralgie

rhumatismale; légère tout d'abord, elle était arrivée au point d'empêcher le malade de faire son service, non par la douleur insignifiante qu'elle déterminait, mais par la gêne considérable qu'elle apportait dans la marche, l'équitation, etc. Rien n'avait pu en avoir raison. Frictions de toutes natures, vésicatoires, séton, douches, bains de vapeur avaient également échoué.

C'est alors que le malade entra dans le service de M. Legouest, et que notre collègue nous le fit voir comme un sujet intéressant au double point de vue de la pathologie et de la thérapeutique. MM. Debout et Bouvier seuls avaient rencontré une ou deux affections analogues, et pensèrent qu'il s'agissait dans ce cas d'un spasme fonctionnel du muscle sterno-cléido-mastoïdien, analogue au spasme connu sous le nom de crampe des écrivains.

Le malade fut soumis par M. Legouest à la gymnastique. Pendant quinze jours il porta toute la journée une bande de caoutchouc disposée comme la bande dont se servait Dupuytren dans le cas de fracture de l'apophyse mastoïde, et destinée à lutter contre la contraction du muscle malade. Aucun effet ne s'étant produit, la bande de caoutchouc fut placée pendant quinze jours du côté opposé, obligeant ainsi le muscle sain à se contracter plus énergiquement. Pendant que l'appareil était appliqué, quel que fût le côté, la rectitude de la tête était maintenue dans sa marche; dès que l'application cessait, la déviation se reproduisait.

Ce moyen, reconnu sans résultat, fut abandonné et remplacé par des injections hypodermiques d'une solution au millième de sulfate d'atropine. Douze injections, dont le nombre de gouttes fut progressivement augmenté jusqu'à atteindre le contenu complet d'une seringue de Pravaz, furent faites successivement, sans produire d'autres phénomènes que les troubles physiologiques dus à l'atropine; des vomissements même étant survenus, M. Legouest crut devoir renoncer à cette médication et recourir à l'emploi de l'électricité. C'est aux courants qu'on eut recours. Une pile de Daniell, composée d'un seul élément (grand diamètre), fut placée sur la tête du lit du malade; deux plaques de cuivre terminant les réophores furent disposées l'une à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et maintenue en place au moyen d'un ruban de soie formant collier. L'appareil resta en place toute la nuit, c'est-à-dire pendant douze heures; le lendemain matin, le malade n'en accusa aucune espèce d'effet. Une nouvelle application eut lieu la nuit suivante et dura, comme la précédente, pendant douze heures. Le malade remarqua qu'un peu d'humidité s'était formée sous les plaques; il avait ressenti quelques fourmillements.

Une troisième application de même durée eut lieu : le lendemain, le malade accusa un mieux sensible; sa tête tournait moins et se redressait plus facilement.

Encouragé par cette amélioration, M. Legouest continua pendant vingt-quatre nuits l'application de l'électricité, c'est-à-dire pendant deux cent quatre-vingt-huit heures; mais déjà vers le douzième jour il avait constaté et fait constater à sa clinique la guérison du malade.

L'importance de ce fait engage M. Legouest à le communiquer à la Société; l'intérêt qu'il présente est encore augmenté par l'abandon presque général en thérapeutique des courants constants, malgré les succès dus à ce mode d'emploi de l'électricité, consignés dans un mémoire de Rémack présenté en 1855 à l'Académie des sciences.

M. BOUVIER trouve le fait communiqué par M. Legouest fort intéressant. Il fait cependant quelques réserves sur l'efficacité du traitement mis en usage. Le malade de M. Legouest est guéri; mais doit-on rapporter cette guérison à l'influence de l'électrisation ? La pile employée paraît bien faible.

M. Bouvier a vu plusieurs malades présentant la même affection, et sur lesquels on a mis en usage toutes sortes de traitements : faradisation, gymnastique, etc.

Quelques-uns ont guéri; l'un, entre autres, à la suite des exercices de gymnastique locale. Une autre jeune malade a guéri d'une façon assez singulière. Elle était recherchée en mariage par un officier. Son torticolis intermittent disparut sous le coup d'une émotion agréable à la suite des exercices d'un bal.

M. Bouvier pense donc qu'il ne faut pas trop se hâter de conclure à l'efficacité du traitement; qu'il pourrait bien n'y avoir dans ce fait qu'une simple coïncidence entre la guérison et le traitement mis en usage.

M. BROCA partage les doutes exprimés par M. Bouvier sur l'efficacité du traitement mis en usage par M. Legouest.

Il ne pense pas qu'un seul couple de Daniell, quelque grand qu'il soit, puisse produire sur les muscles, sans le concours d'un appareil d'induction, un effet appréciable. Les tissus du corps sont mauvais conducteurs de l'électricité, et pour vaincre leur résistance, il faut plusieurs éléments disposés de manière à produire ce que les physiciens appellent de la tension. Sans tension, l'électricité ne traverse pas les tissus en quantité suffisante pour agir sur les muscles.

M. LEGOUEST résume cette discussion en faisant remarquer que rien jusque-là n'avait modifié le torticolis; que rien ne peut faire

présumer qu'il ait cessé spontanément. Or quoi de plus saisissant qu'un fait, surtout quand le fait est, comme celui-ci, de toute évidence? Ce malade est aujourd'hui complétement guéri. Enfin, ajoute M. Legouest, peut-être faut-il attribuer ce bon résultat à la manière dont l'électricité a été employée.

AUTRE COMMUNICATION.

M. BERAUD communique au nom de M. DANTAU et au sien l'observation complète d'une monstruosité remarquable, dont il a déjà été fait mention dans une des séances précédentes.

Anencéphalie avec tumeur sur la région fronto-pariétale. Bride membraneuse partant de cette tumeur et allant s'enrouler autour de la jambe gauche. Section incomplète de ce membre. Insertion de cette bride sur la face fœtale du placenta. Autopsie.

La nommée G..., fille, primipare, réglée à l'âge de treize ans pour la première fois, a vu ses règles se supprimer le 1er août 1860. Ordinairement elle a ses règles pendant trois jours. Elle n'a pas eu de maladies héréditaires, et est régulièrement conformée. Elle vint à la Maternité le 19 avril 1861, à deux heures du soir. On l'examina, et on trouva le col court, ouvert, et en même temps on sentit que la tête se présentait mal conformée. Comme le travail n'était pas encore établi, cette femme fut envoyée à la salle Sainte-Claire. Mais le travail ne tarda pas à se manifester, et elle descendit à la salle d'accouchement à neuf heures du soir, ayant un début de travail. Comme les contractions étaient fortes et irrégulières, on procéda à la rupture des membranes. On recueillit 400 grammes de liquide amniotique, qui était un peu lactescent. Après cette rupture, le travail marcha régulièrement et la dilatation fut complète le 19 avril, à minuit et demi; l'enfant, du sexe féminin, naquit quelque temps après, vivant et à huit mois de terme. La délivrance fut naturelle; il n'y eut pas d'hémorrhagie. Les suites de couches n'ont pas été naturelles; il y a eu une métrite suivie de guérison, et la femme est sortie le 2 mai 1861.

L'enfant présenta en naissant un vice de conformation ainsi caractérisé.

Au point de vue anatomique, nous avons à examiner la tête, la bride et la jambe.

La tête présente, au niveau de la fontanelle antérieure, cinq ou six petites tumeurs agglomérées et ayant une base commune, se continuant dans la cavité crânienne en forme de pédicule. L'ensemble de ces petites tumeurs constitue une masse du volume d'une petite

pomme à surface bosselée. Cette masse est fixe, dure, rénitente, rougeâtre, lisse. Ses bosselures ont un volume inégal, depuis une petite



cerise jusqu'à une grosse noisette. Elles sont aussi plus ou moins pédiculées. Ainsi, l'une d'elles s'implante sur la masse totale par un prolongement très-petit et qui la fait jouir d'une grande mobilité. D'au-

tres forment seulement un léger relief et se dessinent à peine à la surface. On ne constate point de fluctuation ni de transparence. Il est impossible d'en opérer la réduction. Quelques poils recouvrent la base de cette tumeur, ou plutôt de ces bosselures. Leur sommet est lisse, luisant, rougeâtre. Nous verrons bientôt quelle est leur structure. Ce qui frappe le plus en examinant la tête, ce n'est pas seulement la présence de cette tumeur bosselée, mais la petitesse et la malformation du crâne. En effet, celui-ci n'offre pas son développement régulier. A proprement parler le crâne n'existe pas, ou plutôt il n'est qu'à l'état rudimentaire. Ainsi, la région pariétale de chaque côté est affaissée; il en est de même de la région occipitale et de la région frontale. La région temporale est peu développée. On dirait que les os de la voûte crânienne ont été écrasés de manière à réduire la cavité crânienne à des dimensions excessivement petites. On ne sent aucune suture. A la partie postérieure, l'occipital forme un relief, sorte de bourrelet transversal au niveau de la ligne courbe demi-circulaire supérieure. Les cheveux sont assez développés à la surface de cette voûte crânienne rudimentaire.

La bride se détache de la partie la plus élevée de la tumeur crânienne, avec laquelle elle se confond d'une manière intime, et elle se porte en bas pour s'enrouler deux fois autour de la jambe gauche à sa partie inférieure. Cette bride est plus longue que le corps de l'enfant, et elle s'insérait enfin sur la face fœtale du placenta, d'après l'observation de l'élève qui a présidé à l'accouchement. Les registres mentionnent que le placenta avait la forme en raquette et que les membranes ont été rompues au centre.

La jambe gauche, à son extrémité inférieure, à 2 centimètres environ au-dessus des malléoles, offre une section circulaire très-nette au fond de laquelle on voit la bride s'enrouler.

Au-dessous de cette section, qui du reste est incomplète, les parties sont tuméfiées, œdémateuses, et cela est surtout manifeste sur la face dorsale du pied.

Au point de vue physiologique, voici ce que j'ai constaté huit à dix heures après la naissance :

L'enfant respire bien, les battements du cœur sont réguliers et normaux. Tous les actes de la digestion paraissent s'exécuter comme il convient.

En introduisant mon doigt dans la bouche de l'enfant, je sens qu'il y a des mouvements de succion énergique. Du reste, l'enfant a teté, et il est allé à la selle, rendant son méconium. Il a uriné aussi sans difficulté.

L'exploration de la sensibilité et de la motilité me donne les ré-

sultats suivants : avec une épingle, je pique légèrement la plante du pied, et immédiatement l'enfant retire la jambe et exécute des mouvements irréguliers en criant, voulant évidemment se soustraire à la cause d'irritation et de douleur. L'exploration prudente de toutes les parties principales du corps m'a démontré que la sensibilité des téguments était aussi intacte que possible. Il en a été de même pour les mouvements.

Du reste, depuis sa naissance cet enfant a eu de temps en temps quelques mouvements convulsifs dans tous les membres, et même dans le tronc et la face. Ces convulsions ont été en augmentant d'intensité et de fréquence jusqu'au lendemain matin cinq heures où arriva la mort.

Autopsie. — Nous devons dire tout de suite que nous n'avons pu examiner le placenta, qui, d'après les affirmations des élèves, n'offrait rien de particulier. Nous regrettons cependant beaucoup de n'avoir pu vérifier quelle était la conformation de cet organe et des membranes. Cet examen aurait pu nous fournir quelques éclaircissements sur le mode de production de la bride.

Examen de la tête. — Déjà nous avons vu que le cuir chevelu présentait des poils assez nombreux et assez développés dans toute son étendue et même au pourtour de la base de la tumeur, que le sommet seul de la tumeur en était dépourvu. Il faut remarquer que le cuir chevelu est comme plissé, on le dirait trop large pour couvrir les rudiments du crâne. L'incision de ce tégument nous fait voir qu'il est très-épais et très-dur dans toute son étendue, excepté au niveau des tumeurs que nous allons bientôt examiner d'une manière spéciale. Le tissu cellulo-fibreux qui double le cuir chevelu et se confond avec lui, est pourvu d'une quantité plus considérable de graisse que dans l'état normal. Un peu d'infiltration séreuse existe au-dessous, entre ce tissu et l'aponévrose épicrânienne ; celle-ci est épaisse en arrière, mais elle s'amincit beaucoup en avant dans la région frontale et au voisinage de la tumeur crânienne.

Le périoste offre une épaisseur remarquable ; il est congestionné et peu adhérent aux os sous-jacents.

Tous les os de la voûte du crâne existent, mais altérés et réduits à des proportions exiguës. Ainsi les deux pariétaux offrent leur forme quadrilatérale, mais sont très-petits ; en outre, leur bord externe est très-épais, tandis que leur bord interne est assez mince et la suture bi-pariétale assez serrée. La fontanelle postérieure n'existe pas, par suite du rapprochement plus intime des deux pariétaux et de l'angle de l'occipital. Ce dernier os offre une épaisseur très-grande jusqu'au niveau de la crête demi-circulaire supérieure, tandis que l'écaille

est rudimentaire et peu épaisse. La suture lambdoïde est serrée comme la bi-pariétale.

La portion verticale du frontal n'existe point, à proprement parler. Toute cette partie de l'os est occupée par la tumeur, dont le pédicule existe évidemment au niveau de la fontanelle antérieure largement ouverte.

Avant de pénétrer dans la cavité crânienne, examinons la structure de la tumeur. Celle-ci est formée, ainsi que nous l'avons vu, par cinq ou six bosselures irrégulières. Si on fend l'une de ces bosselures, on trouve de dehors en dedans et des parties les plus superficielles aux plus profondes :

1° Un tissu non recouvert de poils, rougeâtre, assez épais, lisse à sa surface libre et fortement adhérent aux tissus sous-jacents.

2° Au-dessous un tissu fibro-aréolaire, épais de 3 à 4 millimètres, semblable à du tissu spongieux, se continuant avec la dure-mère.

3° Au-dessous de lui et au centre de chaque petite bosselure, une cavité contenant un liquide épais, rougeâtre et conduisant dans la cavité crânienne jusque dans les ventricules, ou plutôt jusque vers les organes encéphaliques qui sont à la base de ces ventricules. Même configuration, même structure pour chaque petite tumeur.

Si actuellement nous examinons la cavité crânienne, nous trouvons qu'elle est tapissée par la dure-mère, mais par une dure-mère adhérant par sa face profonde aux organes cérébraux. Pas de possibilité de reconnaître une distinction entre la dure-mère, la pie-mère et l'arachnoïde. Ces trois membranes se confondent d'une manière intime.

Le cerveau est lui-même très-altéré. Toute sa partie supérieure est détruite ; on ne trouve plus que les organes qui sont à la base. Ainsi la protubérance annulaire, les pédoncules cérébraux, se voient encore, mais pas de corps calleux. Le corps strié, la couche optique, ont disparu. Le cervelet existe dans sa cage, mais petit ; le bulbe rachidien et la moelle ne présentent pas d'altérations.

Les nerfs qui naissent de la base de l'encéphale existent. Ainsi nous avons pu disséquer le nerf optique ; il était petit, atrophié, surtout dans sa portion crânienne. Nous avons pu le suivre dans l'orbite jusqu'au globe oculaire, régulièrement conformé du reste. Nous avons vu le nerf auditif et le nerf facial régulièrement constitués. Il en est de même des autres nerfs crâniens. Nous n'avons pas trouvé de vestiges du nerf olfactif.

Pour nous résumer, nous dirons que les organes de la base du cerveau sont à peu près intacts, tandis que tout ce qui de cet organe

est au-dessus des ventricules a disparu. Ajoutons que tout le squelette de la base du crâne est normal.

Il résulte donc pour nous de cet examen que l'évolution pathologique s'est ainsi faite : hydropisie des ventricules cérébraux, hernie à travers la fontanelle antérieure de la partie supérieure du cerveau. Puis formation d'une tumeur à la partie antérieure du crâne. Guérison spontanée de cette tumeur, ou du moins retrait graduel, ayant laissé ces diverses bosselures dans la région frontale. Cela explique parfaitement la communication de ces bosselures avec l'intérieur du crâne jusqu'à la base.

Ce n'est donc pas là une anencéphalie, mais c'est plutôt une hydro-encéphalocèle à une certaine période de son évolution.

Quant à la bride, voici ce que l'anatomie nous a appris. Enroulée sous forme de cordon, elle se continue avec le sommet de la tumeur sans ligne de démarcation, et elle se porte vers la jambe gauche sous forme d'un cordon assez irrégulier, non arrondi, plus épais vers son centre que vers ses deux extrémités assez effilées.

On peut la déplisser et l'étaler sous forme d'une membrane, qui offre alors tous les caractères de l'amnios : même transparence, même couleur. Il serait difficile de dire s'il y a plusieurs couches dans cette membrane, c'est-à-dire s'il y a du chorion et de l'amnios. Quoi qu'il en soit, il est bien certain qu'il n'y a pas la plus petite trace de vaisseaux.

Quant à la jambe, nous avons constaté que la section, en apparence profonde, ne l'était pas beaucoup en réalité. Ainsi la peau et le fascia sous-cutanés seuls étaient divisés. La section s'arrêtait à l'aponévrose superficielle et au tendon d'Achille parfaitement intact. Une incision pratiquée sur la face dorsale du pied montre que le gonflement de cette région est dû uniquement à l'infiltration causée par la gène de la circulation.

Nous avons constaté que le cordon ombilical était coupé à 7 ou 8 centimètres de l'ombilic, et qu'il était régulièrement conformé. L'examen des principaux viscères abdominaux et thoraciques ne nous a montré aucune altération pathologique ou morphologique.

Réflexions. — Comment a pu se produire cette bride? Voilà une question importante à résoudre. Deux explications se sont naturellement présentées à notre esprit. Ou bien ce sont les membranes encéphaliques herniées qui, ayant contracté adhérence, se sont successivement allongées ; ou bien il faut admettre que la tumeur crânienne a contracté des adhérences avec les membranes de l'œuf, et que par des mouvements il s'est formé peu à peu une sorte de mésentère.

Nous avons accepté cette dernière explication. Si en effet nous avions un prolongement des parois de la tumeur crânienne, nous aurions eu des vestiges de vaisseaux, et l'on sait que la bride n'en présente pas les plus petites apparences. Au contraire, la bride a tous les caractères de l'amnios.

Il est donc plus probable que c'est là une membrane amniotique qui s'est successivement allongée par les mouvements du fœtus. Comment expliquer maintenant l'enroulement de cette bride autour de la jambe du fœtus ? Il est plus que probable qu'à un moment donné les mouvements du fœtus ont fait passer une fois, puis une seconde fois le pied et la jambe autour de la bride, et que successivement les tours sont devenus plus serrés et ont descendu jusqu'à la partie la plus étroite du cône représenté par la jambe, et que la section s'est produite peu à peu. Du reste, le peu de profondeur de la section indique que la constriction ne remonte pas à une époque très-éloignée.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. BEYRAN, membre correspondant, présente un malade atteint d'une **ostéite chronique des os du tarse** du pied gauche, et communique les détails suivants :

Le nommé M..., âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution assez robuste, a joui jusqu'à l'âge de dix-neuf ans d'une bonne santé habituelle.

A cette époque, c'est-à-dire il y a six ans, il a contracté un chancre induré au méat urinaire. Cet ulcère a été accompagné de retentissement ganglionnaire (adénopathie bi-inguinale multiple, indolente), qui s'est terminé au bout de deux mois sans suppuration et sans traitement spécifique.

Cinq mois après cet accident primitif, manifestations secondaires (roséole, pustules, etc.).

Dix-huit mois plus tard, douleurs vagues, générales, rhumatoïdes, s'exaspérant la nuit.

Deux ans après, enfin, localisation de ces douleurs à l'articulation tibio-tarsienne (du pied gauche).

Bientôt les accidents se dessinent davantage, et il se développe une ostéite qui au bout de trois mois détermine de la suppuration et une nécrose des os, notamment de l'astragale et du calcanéum.

Depuis cette époque, l'affection n'a pas fait de progrès : elle est restée localisée aux points primitivement affectés. L'empâtement est peu considérable, les trajets fistuleux peu développés. La marche est facile, et, à part les points malades, le reste du pied et l'articulation tibio-tarsienne elle-même sont en bon état.

Il y a trois mois que le malade s'est adressé à moi ; je l'ai soumis immédiatement à l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur et des bains sulfureux à l'extérieur. Le résultat du traitement a été une amélioration assez sensible consistant dans la diminution de l'intensité des douleurs et de la tuméfaction de la partie malade.

Un chirurgien de Paris, que j'ai appelé en consultation, a conseillé de continuer le traitement que j'avais mis en usage. Mais dans une autre consultation, réclamée par le malade, un autre chirurgien proposa l'amputation. Pour ma part, je m'y suis formellement opposé, et je voudrais connaître l'avis de la Société.

M. BAUCHET pense qu'après avoir seulement jeté un coup d'œil sur le pied de ce jeune homme, il n'est pas possible de discuter sérieusement l'idée d'une amputation. Il n'y a aucune indication de songer à une opération. M. Beyran ne peut mieux faire que de continuer le traitement qu'il a institué.

M. BROCA est du même avis.

M. CHASSAIGNAC a obtenu de bons résultats d'un traitement spécifique, quand la cause de la lésion osseuse est elle-même spécifique. Il engage donc M. Beyran à persister et peut-être à élever les doses du médicament. Quant à la question d'amputation, M. Chassaignac se borne à dire qu'il ne fait jamais d'amputation dans des cas semblables. Enfin M. Chassaignac ajoute qu'il a souvent obtenu les plus heureux résultats par l'emploi de tubes à drainage.

M. GUERSANT conseille aussi l'usage de moyens généraux, et rejette l'idée d'une amputation.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

M. LEGOUEST présente, au nom de *M. Baizeau*, professeur agrégé au Val-de-Grâce, un exemple de **perforation de la carotide interne.** Voici du reste l'observation remise par M. Baizeau.

C... (Joseph), soldat au 13e régiment d'artillerie, âgé de vingt-trois ans, a été traité en 1859 à l'hôpital militaire de Douai, pour une pleurésie. Entré au même hôpital une seconde fois en 1860, pour des abcès froids multiples qui ont nécessité sa réforme, il est évacué sur le Val-de-Grâce le 31 janvier 1861.

Avant son arrivée sous les drapeaux, sa santé a toujours été assez bonne, et malgré les fatigues auxquelles les fonctions de cocher et de domestique l'exposaient, il n'a jamais été atteint d'affections sérieuses. Cependant, dans son enfance, il a eu des adénites suppurées dont on voit les cicatrices au-dessous de la mâchoire inférieure.

Le jour de son entrée dans mon service, sa constitution est pro-

fondément altérée; il est pâle, amaigri, et on constate la présence de tubercules dans différents organes. Du côté de la poitrine on trouve tous les signes d'une phthisie pulmonaire au deuxième degré : toux fréquente, quinteuse ; expectoration muco-purulente, crachats nummulaires, submatité dans les régions sous-claviculaires, respiration rude, expiration prolongée, quelques craquements au sommet des deux poumons, plus prononcés à gauche. Le ventre est distendu, douloureux, surtout au-dessus de l'ombilic. A ce niveau, on sent un empâtement profond qui fait croire à une tuberculisation du grand épiploon; légère suffusion séreuse dans le péritoine; digestion difficile, diarrhée habituelle.

Des abcès froids multiples, développés il y a plusieurs mois autour du genou droit et du coude gauche, ont laissé dans le voisinage de ces articulations des trajets fistuleux nombreux qui aboutissent, les uns à la face externe et inférieure du fémur dénudée dans une petite étendue; les autres, à l'extrémité cubitale de l'humérus, également privée de son périoste. Au-dessous de l'apophyse zygomatique, à 2 centimètres au-devant de l'oreille gauche, est une autre fistule consécutive à des tubercules enkystés et ramollis de la branche montante du maxillaire inférieur.

Enfin, depuis dix mois il existe du même côté un léger écoulement purulent du conduit auditif, entretenu par une nécrose de l'oreille moyenne. La membrane du tympan est perforée et l'ouïe est notablement affaiblie.

Ce malade est soumis à un régime fortifiant auquel j'associe alternativement l'huile de foie de morue, le vin de quinquina et les pilules d'iodure de fer. Des injections légèrement astringentes avec l'alun sont faites dans l'oreille, et des injections iodées dans les trajets fistuleux.

Le 10 mai, à la suite d'une quinte de toux, un écoulement de sang peu abondant a lieu par l'oreille gauche. Il se renouvelle successivement pendant trois jours, mais chaque fois il s'arrête spontanément après une perte de sang très-faible. Je prescris des injections dans la caisse du tympan avec du persulfate de fer; de la charpie imbibée du même liquide est introduite dans le fond du conduit auditif externe, et j'ajoute au traitement interne une potion avec 1 gram. de persulfate de fer, et plus tard l'eau de Rabel.

Dès les premières apparitions de l'écoulement sanguin, j'annonçai aux médecins stagiaires qui suivaient ma visite que très-probablement la carotide interne était ulcérée à son passage dans le rocher par le fait de la lésion de cet os, et que l'hémorrhagie se répéterait et tuerait inévitablement ce malade.

Mon diagnostic fut bientôt vérifié par la marche des accidents. En

effet, l'hémorrhagie, suspendue pendant huit jours, revient le 22 avec plus d'intensité que les premières fois; le sang sort en même temps par le conduit auditif, par les narines et par la bouche; il est rouge vermeil, et il n'y a aucun doute à avoir sur sa nature artérielle. Toutefois, le tamponnement du conduit auditif l'arrête facilement.

Le 24 et le 26, nouvelles hémorrhagies qui cessent d'elles-mêmes au bout d'une minute de durée. Le malade, très-affaibli, est incapable de supporter d'autres pertes de sang un peu copieuses. Le 27, je me décide donc, après avoir pris l'avis de MM. Laveran, Legouest et Trudeau, à pratiquer la ligature de la carotide primitive gauche. Quelques instants avant l'opération, une hémorrhagie se déclare, mais on y met fin aussitôt par la compression de la carotide. La ligature faite, le sang ne coule plus; mais le malade se plaint d'une vive douleur dans l'hypochondre gauche, de constriction à la base de la poitrine, de bourdonnements et de tintements d'oreilles. Le pouls est plein, précipité. La déglutition est pénible, et quelques cuillerées de bouillon et un peu de vin sucré sont avalés avec difficulté. Le lendemain, la prostration est grande, il y a tendance à la somnolence; la déglutition est encore plus pénible que la veille, mais la respiration est moins gênée et la douleur de l'hypochondre a diminué.

Le 28, à neuf heures un quart, c'est-à-dire vingt-quatre heures après la ligature, l'hémorrhagie reparaît et cesse presque immédiatement.

Le 29, à trois heures du matin, un écoulement de sang plus considérable que le précédent se fait par les fosses nasales; céphalalgie; sensation de chaleur générale assez vive; peau sudorale; pouls accéléré; déglutition plus facile. La faiblesse excessive du malade ne permet pas de pratiquer la ligature de l'autre carotide, opération qui me semble du reste inutile. Je me borne à renouveler le tamponnement de l'oreille moyenne et à faire des injections avec le persulfate de fer; de nouvelles pertes de sang ont lieu dans la journée du 29, à dix heures du matin et à trois heures et demie du soir, et le 30, à cinq heures du matin. Le malade succombe le même jour, à onze heures du soir.

Autopsie. — Pour ne pas prolonger inutilement cette observation, je laisse de côté les détails relatifs aux altérations de la poitrine et de l'abdomen; il suffit de savoir que les poumons et le péritoine sont infiltrés de tubercules, comme cela avait été reconnu pendant la vie. Le cerveau est pâle; les ventricules sont remplis de sérosité. Le lobe moyen gauche présente à sa face inférieure une petite tache brune lenticulaire qui pénètre à 5 millimètres de profondeur; dans son centre est une gouttelette de pus épais, mêlé à la substance cé-

rébrale ramollie. Au point correspondant, l'arachnoïde et la pie-mère sont saines; il n'y a ni fausses membranes ni adhérences. La dure-mère a une teinte foncée ; mais cette coloration paraît être produite par le contact du sang mélangé à du persulfate de fer qui s'est échappé par des fissures qui font communiquer la face antérieure et supérieure du rocher avec le canal carotidien.

La surface extérieure du rocher, soit du côté de la cavité encéphalique, soit du côté de la base du crâne, n'offre rien de particulier.

Ayant réséqué avec un sécateur la face inférieure du conduit auditif, la caisse du tympan est mise à nu ; elle est recouverte d'une couche épaisse de sang coagulé, qui est enlevée par un filet d'eau. La muqueuse qui la tapisse et la membrane du tympan sont détruites; une large communication est établie entre cette cavité et le canal carotidien aux dépens de la portion osseuse située derrière le promontoire, et qui sépare le conduit artériel de celui de la trompe d'Eustache. Cette partie commune aux deux canaux, frappée de nécrose, a été isolée du corps du rocher, et est venue former deux petits séquestres fort irréguliers, l'un du volume d'un grain de riz, l'autre un peu plus gros qu'un pois, qui, couchés sur la face inférieure de la carotide interne, au niveau de sa première courbure, l'ont ulcérée, et ont déterminé deux perforations circulaires de deux tiers de millimètre de diamètre, très-rapprochées l'une de l'autre.

On trouve dans les recueils de médecine des exemples assez nombreux d'ulcérations d'artères produites par des corps étrangers cachés dans les tissus, par des esquilles ou les extrémités d'os fracturés ; mais les observations de perforations artérielles consécutives à une carie sont très-rares.

Cependant M. Chassaignac a cité dans son *Traité de la suppuration* (tome Ier, page 529) un exemple semblable à celui que je viens de relater. Son malade, comme le mien, avait une carie du rocher, et l'artère carotide interne, ulcérée par un séquestre, devint la source d'hémorrhagies qui entraînèrent rapidement la mort.

J'ai été appelé, il y a quelques mois, à observer un fait analogue qui a été communiqué à la Société de chirurgie par M. Legouest. Dans ce cas, l'ulcération siégeait sur l'artère vertébrale, et avait été déterminée par une carie des vertèbres cervicales. Deux hémorrhagies qui s'étaient manifestées après l'ouverture de l'abcès symptomatique de l'altération osseuse, avaient été arrêtées par le tamponnement ; une troisième qui se fit pendant ma visite amena une syncope mortelle, bien que la perte de sang n'eût pas été au delà de 125 à 150 grammes.

Dans ces trois observations, l'ulcération a été produite par le

même mécanisme, par la pression et le frottement des séquestres ou des os cariés sur l'artère. On remarquera que les artères vertébrales et carotides internes présentent une disposition anatomique exceptionnelle qui les expose plus que les autres vaisseaux à ce mode d'ulcération, et augmente la gravité de ces lésions. La mort en est la conséquence inévitable, et on ne peut tout au plus, à l'aide du tamponnement et de la ligature, que suspendre momentanément l'hémorrhagie et prolonger la vie du malade de quelques jours; car d'une part il est impossible d'espérer la formation d'un caillot et l'oblitération d'une artère placée au milieu d'os cariés ou nécrosés, et dont la perforation reste béante et baignée par le pus, et, de l'autre, la facilité du rétablissement de la circulation dans la partie supérieure du vaisseau lésé ne permet pas de penser que la ligature puisse avoir d'heureux résultats.

Néanmoins, chez mon malade, j'ai cru devoir lier la carotide, bien que je ne me fisse pas illusion sur les suites de cette ligature, afin de retarder la mort de quelques jours. Je n'ai pas même eu cette légère satisfaction; on a vu que l'hémorrhagie s'est reproduite le lendemain. La ligature de l'autre carotide aurait-elle eu plus de chances de succès? Evidemment non; la circulation se serait promptement rétablie au moyen des artères vertébrales, et cette nouvelle opération, fort grave par elle-même, n'aurait certainement fait que hâter la mort. Il m'a donc paru préférable de m'abstenir.

M. CHASSAIGNAC. Ce fait m'intéresse d'autant plus que j'en ai observé un semblable à celui-ci et que M. Baizeau a rappelé. Il ressort de ces deux faits une indication pratique : quand il existe un écoulement purulent par l'oreille, qu'on a toute raison de croire à une altération profonde de la caisse du tympan, il faut se garder de tout cathétérisme de la trompe, de peur de déterminer le développement d'une complication semblable.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 24 juillet 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

LECTURE.

M. Dolbeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirur-

gien des hôpitaux, qui se porte candidat à la place de membre titulaire qui vient d'être déclarée vacante, a lu un travail sur une **forme de l'arthrite sèche**, qui a été renvoyé à une commission composée de MM. Houel, Richet et Guersant.

La commission qui doit examiner les titres des candidats à la place vacante se compose de MM. Gosselin, Giraldès et Depaul.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur J. Ehrmann, professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger, candidat au titre de membre correspondant national, adresse à la Société, par l'intermédiaire de M. Larrey, deux manuscrits intitulés : 1° *Remarques sur un cas de paralysie faciale double consécutive à une double otite ;* 2° *Hernie étranglée irréductible depuis longtemps; opération, guérison.* (Commissaires, MM. Giraldès, Larrey, Follin.)

M. Ehrmann adresse en outre, à l'appui de sa candidature, une brochure imprimée intitulée : *L'appareil vasculaire intra-crânien est-il susceptible de variations dans son contenu?* Alger, 1861, in-8°.

— M. le docteur Jugand, chirurgien de l'hôpital d'Issoudun, adresse une observation intitulée : *Calcul vésical ayant pour noyau une épingle à cheveux.* La pièce est jointe à l'observation. (Commissaire, M. Richard.)

— M. le docteur Simyan, chirurgien à l'hôpital de Cluny, adresse un manuscrit intitulé : *Notes cliniques sur l'amputation des membres dans leur continuité,* etc. (Commissaires, MM. Foucher, Legouest, Bauchet.)

COMMUNICATIONS.

1re. — **Fistules vésico-vaginales.** — M. VERNEUIL donne à la Société les détails suivants :

Je désire appeler l'attention de mes collègues sur des faits nouveaux d'opération de fistule vésico-vaginale par le **procédé américain.** Ce procédé a sur tous les autres des avantages immenses, résultant de la manière dont se pratique l'avivement, dont s'appliquent les points de suture, etc. Je ne veux pas insister sur ces avantages, mais je tiens tout d'abord à faire cette remarque : quand l'opération échoue, la fistule est au moins diminuée et l'insuccès n'est jamais complet.

J'ai fait à l'Académie une lecture à propos de deux opérations pratiquées par moi. L'une de ces deux observations se rapportait à un

cas simple, et la guérison fut obtenue d'emblée. Pour la seconde, c'était un cas bien défavorable, et qui du reste nous a fourni, au point de vue du résultat, les particularités les plus curieuses. La fistule était située à l'union du vagin avec le col. Je fis une première tentative à l'hôpital Necker, et la malade put alors garder ses urines deux ou trois heures. Elle quitta l'hôpital malgré mes observations. Il restait un pertuis très-petit, et que l'on ne pouvait découvrir que quand on faisait des injections de lait dans la vessie.

Quelque temps après, cette malade revint me voir. Elle avait une vaginite très-intense et la fistule avait repris non ses premières dimensions, mais une étendue assez notable. Ce n'était plus un simple pertuis, mais une véritable fistule facilement appréciable au toucher et à la vue.

L'opération était difficile ; j'avais eu beaucoup de peine à la pratiquer une première fois ; je rencontrai les mêmes difficultés. Je passai dix points de suture, et je n'obtins aucun résultat. Mais il ne faut pas désespérer, et, instruit par ce que j'avais observé, par ce que j'avais lu des opérations pratiquées en Amérique et en Angleterre, je fis une troisième opération à l'hôpital Saint-Louis, au mois de septembre. Cette fois le succès fut complet. Je passai sept ou huit points de suture, et un mois après environ, le 4 novembre, la malade partit pour son pays, ne perdant plus une goutte d'urine. Mais nous n'avons pas encore la fin de cette observation.

Je revis la malade en janvier et en mars. Elle avait des flueurs blanches, mais ne perdait pas d'urine. Peu de temps après, elle m'annonça que les urines passaient par le vagin. Je l'examinai, et ne trouvai rien, aucun pertuis dans la cloison. Je l'ai revue au commencement de ce mois, et j'ai pu constater qu'il existait une nouvelle communication entre la vessie et le vagin. Voici ce qui s'est passé.

Cette femme n'avait plus ses règles depuis qu'elle était atteinte de fistule ; elles ont reparu une fois vers la fin de décembre, et depuis cette époque elles n'ont plus reparu. Mais la malade est enceinte de six mois et demi environ ; de façon que nous avons eu en janvier et mars une de ces vaginites que l'on observe quelquefois pendant la grossesse ; phénomène analogue à celui qui a produit une première fois la désunion de la cicatrice. Peut-être la grossesse, la vaginite, ont-elles été la cause de la dissolution du tissu cicatriciel. C'est là un fait curieux que je me borne à indiquer sans le résoudre, et qui mérite toute votre attention. Il y a eu pour moi récidive de la maladie, arrivée dans des conditions spéciales.

Aujourd'hui la malade prétend qu'elle est bien moins mouillée qu'auparavant, qu'elle garde au moins autant d'urine qu'elle en perd,

qu'elle peut rester quelquefois plusieurs heures sans être mouillée, mais enfin la récidive est certaine : j'observerai la malade, je la suivrai après son accouchement, et je tiendrai la Société au courant de ce qui pourra se présenter.

A côté de ce fait, dont l'histoire m'a paru si curieuse, je citerai trois autres observations.

La première opération a été pratiquée dans les plus fâcheuses conditions. On trouvait à l'examen deux fistules distinctes, et l'urèthre détruit dans une assez grande étendue. L'avivement porta sur presque toute la paroi antérieure du vagin, et l'opération dura deux heures. Dix points de suture furent placés : ceux de la partie moyenne de l'avivement avec assez de facilité, les autres très-difficilement. Pendant les six ou sept premiers jours, tout alla pour le mieux. J'enlevai les points de suture vers le dixième jour. L'urèthre était reconstitué, et il ne restait plus qu'une fistule assez petite, qui se serait peut-être fermée d'elle-même, ou qui du moins n'aurait exigé qu'une opération de peu d'importance.

Mais si l'état local était satisfaisant, il n'en était pas de même de l'état général. Il survint un érysipèle qui commença par la région inguinale et parcourut successivement tout le corps. La malade succomba six semaines après l'opération. Il ne faut pas évidemment rapporter cette mort au procédé qui a été suivi : toute autre méthode aurait pu produire les mêmes accidents, et la malade a certainement succombé aux suites de son érysipèle.

J'ai opéré une seconde malade dans le service de M. Huguier. La fistule était longitudinale, située en arrière de l'orifice profond de l'urèthre, et pouvait admettre le doigt. L'opération fut facile, dura une heure vingt-cinq minutes, et je pus appliquer dix points de suture. Dès le cinquième jour la sonde tomba, et pendant une heure et demie la malade ne perdit pas une goutte d'urine. Au neuvième jour j'enlevai les points de suture, la guérison était complète.

Enfin, voici un dernier fait : J'ai opéré, à Calais, la femme d'un matelot, deux mois et quelques jours après l'accouchement. La fistule siégeait à un travers de doigt environ du col de l'utérus; mais le col était presque détruit, et je dus même faire passer un fil à travers un des tubercules formant la lèvre postérieure du col. Les fils furent enlevés le septième jour : la réunion était complète. Quelques jours après l'enlèvement des fils, le médecin constata une ulcération assez étendue, qui l'effraya un peu ; mais elle n'était due qu'à l'érosion de la muqueuse, dépouillée de son épithélium. Je l'ai touchée avec la teinture d'iode, et depuis lors rien de particulier ne s'est présenté. La guérison s'est maintenue.

En terminant, je rappellerai que le résultat des opérations par le procédé américain donne du premier coup au moins 20 guérisons sur 30 opérations. C'est ce qui ressort de la lecture des faits publiés jusqu'à ce jour.

M. CHASSAIGNAC. M. Verneuil nous a rapporté un fait qui m'a beaucoup frappé. C'est l'histoire de la première fistule dans laquelle la cicatrice a cédé. D'après ce que vient de nous dire notre collègue, on pourrait rapporter cet accident à la grossesse. Or une grossesse commençante ayant amené la rupture, la dissolution de la cicatrice, ce serait là un fait tellement exceptionnel que je ne sache pas que rien de semblable ait jamais été signalé.

M. FOLLIN. Des deux malades opérées par moi et guéries, et dont j'ai publié les observations, l'une est aussi devenue enceinte. Je l'ai vue à son sixième mois de grossesse, et la cicatrice était restée intacte. Je ne l'ai pas revue depuis. Je puis croire que si de nouveaux accidents s'étaient produits lors de l'accouchement, la malade serait venue de nouveau me consulter ; il est donc à présumer qu'il n'y a pas eu de récidive.

M. VERNEUIL. Dans le fait sur lequel vient d'insister M. Chassaignac, j'ai fait une hypothèse pure, mais sans y attacher grande importance. J'ai rapproché les faits et les circonstances qui se sont produits, peut-être n'y a-t-il eu que simple coïncidence. Parmi les causes de récidive, il en est une qui a été signalée par les auteurs : c'est le coït, quand l'opération est récente encore et la cicatrice trop molle pour résister. Dans la fameuse observation de Lallemand, il y a eu récidive, et l'on a accusé, pour l'expliquer, les rapprochements trop prompts.

M. FOUCHER. A l'occasion de la communication qui vient d'être faite par M. Verneuil, je demande à la Société la permission de lui communiquer succinctement les observations de deux malades que j'ai opérées avec succès de fistule vésico-vaginale par la méthode américaine.

OBS. I. — La nommée Marie F..., âgée de trente-quatre ans, habitant Montauban, est entrée à l'hôpital Necker le 2 juillet 1860. Cette femme est atteinte de fistule vésico-vaginale depuis quatre ans et demi.

Une opération a été pratiquée sans succès à Toulouse il y a trois ans; depuis lors la malade a vécu avec son infirmité. Elle a eu récemment une nouvelle grossesse, et est accouchée à terme, trois semaines seulement avant son entrée à l'hôpital, d'un enfant qui a succombé au bout de huit jours.

Cette malade, dont la santé générale est bonne, n'éprouve jamais le besoin d'uriner, et l'urine s'écoule continuellement par le vagin. Il est facile, à l'aide du spéculum Bozeman, de découvrir à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs du vagin une fistule dont le grand diamètre longitudinal n'a pas moins d'un centimètre et demi de longueur, tandis que sa largeur n'est que de 5 ou 6 millimètres. Les bords de la fistule sont mous, rosés, sans induration; la muqueuse urinaire forme un léger bourrelet rougeâtre autour de l'orifice. Le col de l'utérus est entr'ouvert; les lèvres du museau de tanche sont tuméfiées, irrégulières, et au-devant de la lèvre antérieure on voit quelques saillies indurées faisant un relief assez notable, et du fond des anfractuosités qu'elles forment, on voit sourdre à chaque inspiration une certaine quantité d'urine. En écartant avec une longue pince les deux saillies principales, on découvre une deuxième fistule dont le diamètre longitudinal n'avait pas moins de 2 centimètres, et qui était limitée en arrière par la lèvre antérieure du col utérin.

L'opération fut faite le 26 juillet. L'avivement fut pratiqué suivant les principes de la méthode américaine, sur la fistule antérieure d'abord; le temps de l'opération fut assez facile, sauf les précautions que nécessita la minceur de la paroi uréthro-vaginale.

La fistule postérieure fut avivée plus péniblement, tant à cause de sa profondeur qu'à cause de la dureté des bords.

Dix fils métalliques furent passés à travers les bords de la fistule profonde, et sept dans ceux de la fistule antérieure. Ces fils, ayant été réunis deux à deux, furent fixés sur la plaque de plomb au moyen des tubes de Galli. Je plaçai une plaque pour chaque fistule. La sonde à double courbure fut placée dans la vessie, et la malade reportée à son lit.

Il ne survint aucun accident pendant les jours qui suivirent l'opération, et le onzième jour je pus retirer les fils.

Je fus surpris de trouver la plaque de plomb inférieure libre dans le vagin; *les fils métalliques avaient donc coupé les lèvres de la plaie*. Celle-ci semble réunie, excepté cependant en un point, où les bords sont irréguliers.

La plaque supérieure, au contraire, tient solidement; les fils sont coupés, et la plaque étant enlevée, la cicatrisation nous paraît complète et régulière.

La malade fut laissée dans son lit pendant quelques jours encore, et lorsque la sonde fut enlevée, elle conserva ses urines tant qu'elle resta couchée; mais lorsqu'elle se leva, elle s'aperçut que les urines coulaient encore par le vagin. Un examen ultérieur nous montra que

si la fistule postérieure était complétement fermée, il existait encore un petit pertuis au niveau de la fistule antérieure.

Quelques semaines plus tard, je réopérai cette malade en avivant de nouveau les bords de l'orifice fistuleux et en faisant une suture métallique. Cette fois encore, les fils coupèrent les lèvres de la plaie, mais malgré cela la réunion fut complète.

Depuis cette époque, cette malade a conservé parfaitement ses urines, et sa guérison est restée complète.

Outre la présence de deux fistules chez la même malade, je remarquerai ici le fait insolite de la section des lèvres de la plaie au dixième jour par les fils métalliques ; mais il faut ajouter que cette section n'a pas paru gêner la marche de la cicatrisation, puisque la réunion a eu lieu.

Obs. II. — La seconde malade que j'ai opérée était couchée dans la salle de M. Gosselin, à l'hôpital Beaujon. Elle était âgée de quarante ans, et la fistule qu'elle portait datait de son dernier accouchement, qui avait eu lieu le 7 mars 1861.

Voici ce qu'un examen complet permettait de constater : le doigt, introduit dans le vagin, rencontrait à 4 ou 5 centimètres de l'orifice de ce conduit une bride volumineuse, saillante, transversale, et en arrière de cette bride un orifice à bords durs, cicatriciels, dans lequel le bout du doigt s'engageait sans peine; un bourrelet saillant au milieu de l'orifice semblait le diviser en deux, et au premier abord on pouvait croire à l'existence de deux fistules. Le col utérin était sain et situé à 3 ou 4 centimètres en arrière; la fistule semblait correspondre, en partie du moins, au col de la vessie. Avec le spéculum Bozeman, on découvrait derrière la bride cicatricielle une ouverture de la largeur d'une pièce de 2 francs. Les urines s'écoulaient continuellement par le vagin et dans toutes les positions.

Après avoir habitué la vessie de cette femme au séjour de la sonde, M. Gosselin me pria de l'opérer par la méthode américaine.

L'opération fut pratiquée le 2 juin. L'avivement fut très-long et très-pénible, à cause de la présence de la bride antérieure et de l'induration de ses bords. Neuf fils métalliques furent passés d'avant en arrière, et fixés sur une plaque de plomb au moyen des tubes de Galli.

Les suites furent très-simples, et il ne survint aucun accident. Lorsque le douzième jour nous enlevâmes la plaque et les fils, la réunion nous parut complète; cependant nous ne cherchâmes à nous en assurer que quelques jours plus tard. Une injection de lait fut faite dans la vessie, et aucune goutte du liquide ne s'écoula dans le

vagin. Les jours suivants, la malade fut tenue au lit; mais lorsque la sonde fut enlevée, elle s'aperçut qu'elle était encore mouillée par l'urine. Cet accident eut lieu de nous surprendre, mais nous pûmes nous assurer par un examen direct que l'urine s'écoulait par l'urèthre. Cette malade avait donc une incontinence uréthrale, que nous attribuâmes au séjour prolongé de la sonde. Cette complication, si elle eût persisté, eût enlevé à la malade tout le bénéfice d'une opération qui d'ailleurs avait parfaitement réussi.

M. Gosselin fit, pour la combattre, une cautérisation intra-uréthrale avec le crayon de nitrate d'argent. Cette cautérisation a été répétée à différents intervalles ; et lorsque la malade a quitté l'hôpital, le 20 juillet, elle conservait bien ses urines.

M. GOSSELIN ajoute quelques mots à la communication de M. Foucher. Il a fait plusieurs cautérisations intra-uréthrales avec le crayon d'azotate d'argent pour arrêter cette incontinence d'urine, que l'on aurait pu rapporter au séjour prolongé de la sonde. Après une première cautérisation, il n'y eut aucun résultat. La malade ne perdait pas ses urines quand elle était au lit, mais seulement quand elle était debout. Après une deuxième cautérisation, elle commença à remarquer une amélioration. A la troisième fois, elle fut prise de rétention d'urine, et on dut la sonder. Le même phénomène se reproduisit après une quatrième cautérisation. A partir de la première de ces deux dernières tentatives, la malade retenait ses urines. Elle a voulu quitter l'hôpital trois jours après la dernière cautérisation, et M. Gosselin a fourni au médecin qui doit voir la malade toutes les indications nécessaires.

2°. — Gangrène du pied consécutive à une oblitération de l'aorte abdominale par embolie, chez un paralytique. — Ramollissement de la moelle. — Réflexions sur la gangrène par oblitération artérielle.

M. BROCA communique sur ce sujet l'observation suivante :

Le nommé Louis C..., âgé de soixante et un ans, fut porté à l'infirmerie de Bicêtre le 20 juin 1861, pour y être traité d'une gangrène sèche du cinquième orteil gauche.

Il existait chez cet homme une paralysie complète du mouvement des quatre membres, survenue en 1829 d'une manière presque subite. Deux ans plus tard, les mouvements revinrent en partie; pendant plusieurs années le malade put se traîner péniblement avec des béquilles ; mais depuis dix ans la paralysie du mouvement est redevenue complète.

La sensibilité a toujours été intacte ; il n'y a jamais eu aucun trouble dans la motilité de la tête ; mais les muscles du cou, qui pendant les

premières années de la maladie avaient conservé toute leur force, sont maintenant très-affaiblis. La respiration est presque exclusivement diaphragmatique. L'intelligence est parfaitement nette. Cet homme n'a jamais été gâteux.

L'attitude du malade est singulière, et rappelle celle d'une grenouille couchée sur le dos; les cuisses sont en abduction, les jambes fléchies; les genoux sont très-écartés, et les talons sont au contraire rapprochés presque jusqu'au contact.

La gangrène sèche, pour laquelle le malade a été conduit à l'infirmerie, est limitée au cinquième orteil gauche, qui est noir, dur, et momifié dans toute sa longueur. Il n'y a dans les tissus adjacents ni gonflement, ni rougeur, ni douleur.

Les artères des membres, explorées avec le plus grand soin depuis la fosse iliaque jusqu'au pied, ne présentent aucun battement. On sait que souvent en pareil cas les grosses artères sont oblitérées par des caillots solides, dont la présence peut être reconnue au toucher; mais ici il n'existe aucun caillot dans l'artère fémorale, car on ne trouve aucun cordon dur ni dans le pli de l'aine ni le long de la cuisse.

A droite, du côté opposé à la gangrène, les artères paraissent exactement dans le même état, c'est-à-dire qu'elles sont sans battement et sans caillots.

Malgré cet état de la circulation, la température des deux membres abdominaux, explorée à la main, ne paraît pas au-dessous de l'état normal.

Au pied et dans la moitié supérieure de la cuisse, cette température paraît la même des deux côtés; mais il est aisé de constater qu'au niveau du genou le *membre gauche* (du côté de la gangrène) *est notablement plus chaud que le droit.* Une étude plus précise, faite avec le thermomètre de Walferdin, a donné les résultats suivants :

Sous les jarrets, à gauche, 36°,5.
— à droite, 33°,0. — Différence : + 3°,5.
Derrière les malléoles internes, à gauche, 28°,3.
— — à droite, 28°,6. — Différence : — 0°3.

Ainsi, au niveau du genou, le membre gauche est beaucoup plus chaud que le droit; au niveau du cou-de-pied, au contraire, il est un peu plus froid.

Nous donnerons plus loin l'explication de ces curieuses différences, qui furent constatées plusieurs jours de suite.

Depuis le 20 juin jusqu'au 12 juillet la gangrène ne fit que des progrès assez lents; elle s'étendit seulement un peu sur le bord ex-

terne du pied, le long du cinquième métatarsien. Mais une eschare au sacrum, qui existait déjà, toute petite, le jour de l'entrée du malade à l'infirmerie, s'agrandit rapidement, malgré tout ce qu'on put faire, et devint en trois semaines large comme les deux mains. Le dévoiement survint, et le malade s'affaiblit considérablement.

Le 12 juillet, à l'heure de la visite, tout le dos du pied gauche est froid, violacé et insensible. La veille encore la gangrène ne dépassait pas le niveau de la tête du cinquième métatarsien. En une seule nuit elle avait rapidement envahi la plus grande partie du pied, sous forme de gangrène humide.

Le 13, le sphacèle occupe tout le pied et le quart inférieur de la jambe. Ce jour-là le genou gauche ne présente plus à la main cette élévation de température qui était si frappante au début de la gangrène. Le thermomètre, appliqué successivement sous les jarrets et sur la face interne des jambes, au-dessus du niveau du sphacèle, donne les résultats suivants :

Sous les jarrets, à gauche, 34°,6.
— à droite, 34°,8. — Différence : — 0°,2.
A la face interne des jambes, à gauche, 31°,8.
— à droite, 33°,6.—Différence :—1°,8.

Ainsi le membre gangrené présente maintenant, au lieu d'un excès de chaleur, un léger refroidissement au niveau des genoux, et un refroidissement beaucoup plus prononcé au niveau des jambes.

La gangrène ne fit pas de progrès le lendemain ; le malade mourut le 15 juillet.

Autopsie. — 1° *Lésions relatives à la paralysie.* — Le tissu cellulaire sous-cutané est chargé d'une grande quantité de graisse. Tous les muscles des membres, à l'exception de deux, sont *entièrement* graisseux ; ils ont d'ailleurs conservé leur forme et leur volume. Le deltoïde et le couturier laissent seuls apercevoir quelques fibres musculaires, au milieu d'une grande quantité de graisse. Les muscles du cou sont fort pâles ; beaucoup de leurs fibres sont tout à fait graisseuses ; les autres, examinées au microscope par M. Piedvache, sont infiltrées d'une grande quantité de granulations graisseuses. Le diaphragme est pâle, mais il présente à peine quelques stries graisseuses.

Les os des membres sont tellement ramollis qu'on peut transpercer les condyles du fémur avec un mauvais scalpel.

L'encéphale est tout à fait sain, comme on s'y attendait. La moelle est saine aussi jusqu'au niveau de la quatrième vertèbre cervicale ; mais à partir de ce point, les cordons antérieurs sont ramollis et

diffluents jusqu'au bas de la région dorsale ; leur couleur est d'un blanc de lait. On n'y trouve aucune trace d'épanchement sanguin, soit récent, soit ancien. Les cordons postérieurs sont beaucoup moins altérés ; ils sont cependant un peu ramollis, surtout à leur surface.

2° *Lésions relatives à la gangrène.* — Les parois du système artériel sont à peu près saines dans toute leur étendue. On trouve à peine, çà et là, dans l'artère crurale gauche, quelques granulations crétacées, et la membrane interne des artères n'est ulcérée nulle part.

L'aorte abdominale est oblitérée dans une étendue d'environ 3 centimètres, au niveau et au-dessus de sa bifurcation, par un caillot formé de deux parties bien distinctes. Les deux tiers inférieurs du caillot consistent en une masse grise, friable et grumeleuse, peu adhérente à la paroi, qui se prolonge en bas dans les deux artères iliaques primitives, et qui supérieurement se termine en une surface irrégulière, anfractueuse et comme brisée. Au-dessus de ce caillot décoloré, évidemment ancien, se trouve un second caillot plus adhérent qui le coiffe pour ainsi dire, sans lui adhérer, et qui s'en distingue bien manifestement par sa couleur rougeâtre et par sa consistance plus ferme. Ce caillot supérieur, qui paraît plus récent que l'autre, obture tout le calibre de l'aorte jusqu'à la naissance de la dernière paire des artères lombaires, et au-dessus de ce point se termine en une pointe conique libre et longue de 2 ou 3 centimètres.

Dans le ventricule gauche du cœur, vers la pointe, au milieu des colonnes charnues, existe un caillot fibrineux, décoloré, grisâtre, opaque, friable, gros comme une petite noix, appliqué par une de ses faces sur la paroi ventriculaire, à laquelle il adhère assez faiblement, et présentant sur sa face opposée, qui baigne dans le sang du ventricule, une coupe irrégulière et comme déchiquetée qui paraît être le résultat d'une sorte de fracture. Ce caillot cardiaque, bien différent des caillots fibrineux demi-transparents et quelque peu élastiques qui se forment pendant l'agonie, est tout à fait semblable au caillot inférieur de l'aorte, à cela près cependant qu'il est un peu moins friable et un peu moins grumeleux. Tout permet donc de croire que l'aorte a été oblitérée dans l'origine par un caillot détaché du caillot cardiaque; que ce fragment, trop volumineux pour être admis dans les artères iliaques, s'est arrêté dans l'aorte au-dessus de sa bifurcation, et qu'ultérieurement, au-dessus de cet obstacle, il s'est formé sur place un second caillot comparable à celui qui se dépose au-dessus d'une ligature jusqu'à l'origine de la première collatérale.

Parlons maintenant des artères situées au-dessous de l'oblitération de l'aorte.

Les deux iliaques primitives et les deux iliaques externes sont oblitérées jusqu'à la naissance des épigastriques, qui sont très-dilatées, ainsi que les circonflexes iliaques. A droite, le caillot se prolonge dans l'hypogastrique, dont le tronc est oblitéré seulement dans une étendue de 1 centimètre et demi, jusqu'à la naissance de l'iléo-lombaire, qui est la première collatérale. A gauche, l'oblitération de l'hypogastrique est beaucoup plus étendue, et se prolonge jusque dans les premières branches de ce vaisseau. L'artère iléo-lombaire, la sacrée latérale, la fessière, se trouvent ainsi complétement obstruées à leur origine. L'oblitération de quelques-unes des artères du bassin n'a peut-être pas été sans influence sur la formation des eschares de la région sacrée.

A droite, à partir de l'origine de l'épigastrique, toutes les artères du membre abdominal sont parfaitement perméables, quoique peu volumineuses.

A gauche, l'artère fémorale est perméable, ainsi que toutes ses branches, jusqu'au voisinage de l'anneau du troisième adducteur; elle est peu volumineuse, mais elle ne l'est pas moins que la fémorale droite. A quelques centimètres au-dessus de cet anneau naît une branche collatérale assez volumineuse, qui paraît être la grande anastomotique. Au-dessous de ce point, l'artère fémorale est oblitérée, ainsi que la poplitée et la partie supérieure des trois artères de la jambe, par un long caillot fibrineux assez ferme, rosé, rougeâtre même en certains points, évidemment assez récent, mais contenant dans son épaisseur un certain nombre de grumeaux irréguliers, gris, opaques et friables, qui paraissent plus anciens que le reste de sa substance, et qui, détachés probablement des caillots des artères pelviennes, semblent avoir été le point de départ de l'oblitération de la poplitée.

Réflexions. — Je n'hésite pas à considérer l'oblitération de l'aorte abdominale comme le résultat d'une *embolie*, mot nouveau qui désigne aujourd'hui une chose connue longtemps avant les travaux de M. Virchow. Il me paraît évident que le caillot cardiaque a été le point de départ des accidents; qu'un fragment détaché de ce caillot a été entraîné dans le système artériel, et s'est arrêté au niveau de la bifurcation de l'aorte. Tous les détails de l'autopsie confirment cette interprétation, et il n'est pas inutile de rappeler que l'intégrité des parois de l'aorte ne permettait guère d'expliquer autrement la formation du caillot qui obture l'extrémité inférieure de ce vaisseau.

Je serai moins affirmatif sur l'origine de l'oblitération de l'artère poplitée gauche, oblitération évidemment bien plus récente que celle de l'aorte. Celle-ci était déjà assez ancienne, puisque la chaleur était à

peu près normale dans les deux membres abdominaux, à l'époque où la gangrène a débuté sur l'un des orteils du pied gauche, et qu'elle est restée normale jusqu'à la fin dans tout le membre abdominal droit. Les expériences thermométriques ne laissent à cet égard aucun doute. D'ailleurs l'état du principal caillot aortique et des caillots des artères iliaques permet d'affirmer que ces caillots sont formés depuis longtemps.

La circulation s'était donc rétablie d'une manière suffisante dans les deux membres abdominaux, après l'oblitération de l'aorte. Il est fâcheux que l'autopsie ait dû être faite trop rapidement, et qu'on n'ait pu disséquer attentivement toutes les artères abdominales et pelviennes pour étudier les voies collatérales qui avaient ramené le sang dans les artères fémorales. On sait que dans les cas de ce genre les anastomoses des hypogastriques avec la mésentérique inférieure et avec les artères lombaires, par l'intermédiaire des hémorrhoïdales, des sacrées latérales et des iléo-lombaires, prennent une part importante au rétablissement de la circulation, et si l'on songe que du côté gauche les premières branches de l'hypogastrique, savoir, la sacrée latérale, l'iléo-lombaire et la fessière, étaient oblitérées au moins à leur origine, on comprendra que le cours du sang ait dû s'effectuer avec moins de facilité à gauche qu'à droite. Cela seul a-t-il pu suffire pour amener l'oblitération consécutive de la poplitée gauche? Ce n'est assurément pas impossible; on peut supposer toutefois, d'après la composition du caillot poplité, que de petits fragments se sont détachés soit du caillot de l'iliaque externe au niveau de l'embouchure de l'épigastrique, soit des caillots des branches de l'hypogastrique au niveau des premières collatérales perméables, et que ces fragments, entraînés dans le tronc fémoro-poplité, ont servi pour ainsi dire de noyau au caillot, qui, en produisant au niveau du genou une seconde oblitération, a été la cause déterminante de la gangrène.

Quoi qu'il en soit, ce dernier caillot est bien plus récent que celui de l'aorte, et je pense qu'il venait seulement de se former lorsque la gangrène a débuté; cette circonstance va nous fournir l'explication des phénomènes thermométriques, en apparence si contradictoires, qui ont été constatés sur mon malade.

Dans une communication précédente, j'ai entretenu la Société de l'élévation de température qui se manifeste au bout de quelques heures dans les membres dont l'artère principale a été liée. Ce phénomène dure ordinairement pendant plusieurs jours, après quoi la température redevient normale, ou descend même au-dessous de l'état normal. Le sang, ne pouvant plus traverser l'artère principale du membre, s'engage dans les voies collatérales, qui se dilatent graduel-

lement; mais pendant le temps qui s'écoule depuis la ligature jusqu'au moment où les collatérales sont bien dilatées, le sang, ne trouvant pas dans ces vaisseaux un passage suffisant, se porte dans les artérioles les plus petites et dans le réseau capillaire, dont toutes les parties, comme on sait, communiquent ensemble de proche en proche. Ces communications capillaires prennent part à la circulation collatérale, jusqu'à ce que la dilatation des artères collatérales soit suffisante, et c'est pendant cette période que la température du membre, ou plutôt la température de la peau du membre, s'élève au-dessus de l'état normal.

Or, pour que ces phénomènes se produisent, il n'est pas nécessaire que l'oblitération de l'artère soit l'effet d'une ligature. J'ai déjà communiqué à la Société une observation qui prouve que des résultats analogues se manifestent pendant la durée de la compression des artères; et le fait actuel montre qu'un effet absolument semblable a été la conséquence de l'oblitération spontanée de l'artère poplitée.

On a vu, en effet, qu'au niveau du genou la température du membre gauche est restée pendant plusieurs jours supérieure de 3 degrés et demi à celle du membre droit, tandis qu'à la même époque la température des cuisses à leur partie supérieure était sensiblement la même des deux côtés, et qu'au niveau des malléoles le membre gauche était un peu moins chaud que le droit. Cet état s'est prolongé pendant plus de deux semaines; mais finalement, le membre s'est gangrené dans une étendue considérable, parce que les artères articulaires qui font les frais de la circulation collatérale dans les cas ordinaires étaient oblitérées, et que les communications capillaires n'ont pu suffire définitivement au rétablissement de la circulation.

Rien n'est rare comme la gangrène consécutive à l'oblitération pure et simple d'une artère, à moins que le caillot n'occupe une étendue assez considérable pour obturer successivement plusieurs collatérales importantes, comme on le voit assez souvent dans les cas où les caillots se forment spontanément dans les artères malades.

On sait que la gangrène sèche, dite sénile, dépend fréquemment de cette dernière cause. On a vu plus d'une fois l'oblitération spontanée de l'anévrysme poplité donner lieu de la même manière à la gangrène partielle ou totale du pied et de la jambe, et on a trouvé à l'autopsie que, dans ces cas malheureux, le caillot anévrysmal se prolongeait dans toute l'étendue de l'artère poplitée et dans la partie supérieure des artères de la jambe, de manière à obturer toutes les artères articulaires, au lieu de s'arrêter, en haut et en bas, au niveau de la naissance des premières collatérales, comme c'est la règle ordinaire. Enfin, quelques observations ont montré que la gangrène pouvait sur-

venir de la même manière à la suite de l'oblitération des anévrysmes poplités traités par la compression indirecte. Mais lorsqu'une artère n'est oblitérée que dans une petite étendue, comme cela a presque toujours lieu après la ligature, la production de la gangrène est extrêmement rare. On voit, par exemple, sur le tableau de M. Norris, qui comprend 204 cas de ligature de la fémorale, que sur 17 cas où ce vaisseau a été lié pour des affections autres que l'anévrysme, il n'y a pas eu un seul cas de gangrène.

De même, 20 ligatures pratiquées pour des anévrysmes fémoraux, et 6 ligatures pratiquées pour des anévrysmes des artères tibiales, n'ont pas fourni un seul cas de gangrène.

Voilà donc 41 ligatures de la fémorale sans gangrène; cela peut donner une idée de la rareté de la gangrène en tant que résultat pur et simple de la ligature de ce vaisseau.

C'est pourtant une notion vulgaire, et malheureusement exacte, que la ligature de l'artère fémorale est fréquemment suivie de gangrène; et il n'y a pas moins de 28 cas de ce geure sur le relevé de M. Norris, mais tous ces cas sont relatifs à des ligatures de la fémorale pratiquées pour des *anévrysmes poplités*, et ils constituent la proportion effrayante de 18 pour cent du nombre total des anévrysmes poplités qui ont été traités par le procédé de Hunter ou par celui de Scarpa. Comment se fait-il donc qu'une ligature ordinairement si inoffensive sous le rapport de la gangrène porte une atteinte si redoutable à la nutrition du membre dans le cas particulier de l'anévrysme poplité? C'est parce qu'alors la ligature est placée à une distance notable de la tumeur, parce que le tronc artériel, oblitéré d'abord au niveau du fil constricteur, ne tarde pas à s'oblitérer en outre au niveau de l'anévrysme; et parce que le sang, ramené dans le bout supérieur de la poplitée par un premier cercle anastomotique, n'est plus doué d'une impulsion suffisante pour triompher de l'obstacle que lui oppose la seconde oblitération. Plus grande est la distance qui sépare la ligature de l'anévrysme, plus il y a de chance pour que la gangrène se produise, et le procédé de Scarpa, qui consiste à lier la fémorale au sommet du triangle inguinal dans le traitement de l'anévrysme poplité, est bien plus défectueux sous ce rapport que celui de John Hunter (anneau du troisième adducteur). La plus grande fréquence de la gangrène à la suite du procédé de Scarpa ne dépend nullement de ce que la ligature est placée sur un vaisseau plus volumineux et plus rapproché du cœur. Ce qui le prouve bien, c'est que la ligature, appliquée même plus haut encore dans le traitement des anévrysmes fémoraux, ne donne presque aucune chance de gangrène (zéro cas sur vingt, d'après le relevé); mais alors le fil

est toujours peu éloigné de l'anévrysme ; les deux oblitérations par conséquent se confondent en une seule, et le sang, n'ayant qu'un seul obstacle à vaincre, en triomphe presque certainement.

Ces réflexions me paraissent pleinement confirmées par l'analyse de l'observation que je viens de présenter à la Société. L'oblitération de l'aorte et des artères iliaques n'a pas suffi pour produire la gangrène ; le sang est revenu dans les deux fémorales, la vie et la chaleur se sont maintenues dans les deux membres abdominaux. Mais il est survenu beaucoup plus tard une seconde oblitération dans l'artère poplitée gauche ; le sang, ralenti par son passage à travers le premier cercle anastomotique, n'était plus poussé avec assez de force pour surmonter ce nouvel obstacle, et la gangrène du pied en a été la conséquence.

Les pièces que je présente à la Société offrent plus d'une analogie avec celles qui furent présentées en 1849 à la Société anatomique par M. Pierre, alors interne à l'hôpital de la Pitié. Il s'agissait d'un homme qui avait succombé à une gangrène spontanée de la jambe droite. L'extrémité inférieure de l'aorte était oblitérée par un caillot qui se prolongeait, d'une part, dans l'iliaque primitive et l'iliaque externe gauches jusqu'à la naissance de l'épigastrique, et qui du côté droit se prolongeait sans interruption depuis l'iliaque primitive jusqu'aux branches de la poplitée. Il y avait, en outre, dans le ventricule gauche du cœur une longue aiguille implantée sur la paroi et entourée d'un caillot assez volumineux qui paraissait avoir été brisé. En examinant ce caillot et en le comparant à celui qui obstruait l'aorte abdominale, je fus conduit à penser que celui-ci n'était qu'un fragment du caillot cardiaque détaché et entraîné par le sang. Une discussion s'ensuivit, et cette interprétation fut acceptée par plusieurs membres de la Société. On ne put pas se servir du mot *embolie,* qui n'existait pas encore, mais la chose était plus importante que le mot.

M. HOUEL insiste sur cette observation recueillie par M. Pierre, interne alors à la Pitié, et dans laquelle on a trouvé des caillots dans les artères des membres inférieurs et non dans l'aorte. M. Barth, dans un cas semblable à celui de M. Broca, avait admis que les caillots s'étaient formés de bas en haut. Dans ces deux cas, il est douteux qu'il y ait eu embolie.

Cette affection a été, du reste, parfaitement décrite par M. Cruveilhier. Rien ne manque à sa description que le mot embolie.

M. BROCA. Chez mon malade, il ne me paraît pas douteux qu'il y ait eu embolie. Cette oblitération de l'aorte a-t-elle été pour quelque chose dans la paralysie ? Je sais bien que chez les animaux la liga-

ture de l'aorte détermine des symptômes de paralysie. En est-il de même chez l'homme ? C'est possible ; mais chez ce malade, on trouvait une lésion de la moelle qui rendait parfaitement compte des phénomènes de paralysie. Toujours est-il, du reste, que chez cet homme la circulation s'est rétablie. Cette oblitération était ancienne. Une artère oblitérée tout à coup conserve son calibre ; mais à la longue le caillot s'affaisse, et le calibre de l'artère subit aussi un mouvement de retrait.

M. GUERSANT a vu un cas d'oblitération de l'aorte chez un enfant de sept ans. Cette lésion a été suivie promptement de la gangrène des deux membres inférieurs.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 31 juillet 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, **M. BROCA** dit qu'il a recherché l'observation de M. le docteur Pierre, citée par M. Houel. Elle est imprimée dans les *Bulletins de la Société anatomique* (année 1849, p. 331). Elle a été recueillie à l'hôpital de la Pitié. Or, l'aorte était oblitérée ainsi que les artères iliaques.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu le n° 7 du t. IV du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux.*

— M. le docteur Edmond Marx, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Des accidents fébriles à forme intermittente et des phlegmons à siége spécial qui suivent les opérations pratiquées sur le canal de l'urèthre,* Paris, 1861, in-4°.

— M. le docteur Legendre, candidat à la place de membre titulaire, adresse à la Société l'exposé de ses titres scientifiques et un exemplaire de sa thèse de concours pour l'agrégation, intitulée : *De la chute de l'utérus.* Paris, 1860, in-4° (avec 8 planches).

— M. Fichot, bandagiste à Paris, envoie une note sur un nouveau bandage herniaire. (M. Giraldès, commissaire.)

— M. le docteur Raoul Le Roy (d'Etiolles) fait don à la Société des pièces originales et de tous les documents dont son père s'est servi pour sa statistique des affections cancéreuses. Des remercîments seront adressés à M. Raoul Le Roy (d'Etiolles), pour l'envoi de ces documents intéressants, qui seront déposés dans la bibliothèque de la Société.

— M. le docteur E. Caussin (de Ligny-en-Barrois) adresse une observation de **luxation du cubitus en avant sans fracture de l'olécrâne et avec fracture des deux os de l'avant-bras.** Voici le résumé de cette observation :

Le 19 avril 1861, je fus appelé précipitamment au moulin de Givrauval pour un accident. Le nommé J. P..., domestique, âgé de quinze ans, voulant retirer un sac qui s'était engagé dans un engrenage, fut pris par la manche de sa blouse, et la main et l'avant-bras furent entraînés à sa suite.

Ce malheureux fut assez promptement dégagé. Je le vis trois quarts d'heure environ après l'accident. Or, voici les désordres que j'ai pu constater. La main est déchirée sur le dos, mais légèrement; l'avant-bras est fracturé dans sa partie moyenne ; les deux fractures ont lieu au même niveau ; l'articulation du coude est déformée ; il n'y a qu'un gonflement peu prononcé, et nous pouvons constater une luxation de l'avant-bras en avant sans fracture de l'olécrâne. En effet, la région postérieure du coude est aplatie et les doigts pénètrent facilement dans la fossette olécrânienne; les bords de l'extrémité inférieure de l'humérus, surtout l'épitrochlée, font une saillie considérable ; l'avant-bras est à demi fléchi, et on peut lui imprimer des mouvements d'extension et de flexion passablement prononcés, mais très-douloureux ; on sent distinctement l'olécrâne, on peut en saisir la base et constater qu'elle n'est pas fracturée et qu'elle est bien en avant.

La première indication à remplir, c'était naturellement la réduction de la luxation : aidé par deux hommes intelligents et vigoureux, j'essaye vainement et à six reprises de replacer les os dans leur rapport normal, mais l'extension ne pouvait être portée au point de dégager le cubitus, parce que, les mains de l'aide ne pouvant, à cause de la fracture, se placer que fort près de l'articulation du coude, toute la puissance se portait, en s'y perdant, sur la masse charnue des muscles de l'avant-bras.

Je plaçai alors transversalement ou en croix, sur le pli du bras de mon malade, l'avant-bras d'un aide, et j'imprimai un mouvement de flexion forcée à l'avant-bras luxé : je sentis deux craquements, et la luxation fut réduite.

Je m'assurai une fois encore que l'olécrâne n'était pas fracturée, que les mouvements de l'articulation étaient faciles et complets, et qu'il n'y avait ni autre fracture ni autre luxation, puis j'enveloppai l'avant-bras et le coude dans un bandage peu serré, et j'établis, pendant trois jours, une irrigation continue d'eau légèrement dégourdie. Aucun accident ne vint entraver le traitement, et au bout de quarante jours mon malade, parfaitement guéri, put retourner à son moulin.

— **M. AD. RICHARD** fait hommage à la Société, au nom de M. Forget, notre collègue, d'un travail intitulé : *Étude hystologique d'une tumeur du maxillaire inférieur.*

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. GOSSELIN présente un malade auquel il a fait avec succès une **opération de palatoplastie** par le procédé en double pont de M. Baizeau, et donne sur ce fait les renseignements suivants :

Ce jeune homme avait depuis quelques mois un coryza chronique croûteux, dont la nature syphilitique n'a pas été démontrée, et que néanmoins, par précaution, M. Gosselin a cru devoir traiter par les mercuriaux et l'iodure de potassium pendant deux mois. Pendant le cours de ce coryza et avant l'entrée du malade à l'hôpital Beaujon, une perforation s'était faite à la voûte palatine, sur le côté droit de laquelle se voyait un trou de près d'un centimètre de diamètre, à contours parfaitement cicatrisés. Le malade désirait d'autant plus être débarrassé de ce vice de conformation qu'il est bijoutier et obligé de souffler au chalumeau. M. Gosselin avait essayé de faire porter un obturateur en caoutchouc vulcanisé, semblable à ceux qu'a proposés M. Diday.

Mais, d'une part, le malade ne pouvait parvenir à mettre lui-même cet appareil, et d'autre part, la sensibilité du contour de la perforation était telle, que l'application et le séjour du corps étranger occasionnaient des souffrances assez vives. Pour ces divers motifs, le malade demandait à être débarrassé par une opération.

M. Gosselin pensa que, des divers procédés autoplastiques, celui qu'a exécuté M. Baizeau, et dont nous devons la connaissance à l'excellent rapport de M. Larrey à la Société médicale d'émulation, était celui qui offrait le plus de chances de succès. On sait que ce procédé, semblable à celui de Roux, en ce qu'on se sert de deux lambeanx quadrilatères antéro-postérieurs, empruntés à la muqueuse palatine, en diffère par un point essentiel, c'est que les deux lambeaux restent adhérents par leur extrémité antérieure, aussi bien que par leur extrémité postérieure, et représentant deux ponts, conservent une dou-

ble source de nutrition, ne sont pas exposés à tomber, et n'ont pas besoin d'être soutenus par un ou plusieurs fils engagés dans les fosses nasales.

Dans un premier temps, M. Gosselin aviva soigneusement tout le contour de l'ouverture, ce que n'avait pas cru devoir faire M. Baizeau. Dans un second temps, il circonscrivit au moyen de trois incisions antéro-postérieures une moyenne se confondant avec la perforation et deux latérales parallèles à la précédente, et à 1 centimètre d'elles environ, les deux portions de muqueuse qu'il voulait amener au-dessous de la perte de substance. Dans un troisième temps, il décolla à droite et à gauche la muqueuse, en partie avec le bistouri, en partie avec la spatule, ce qui fut la portion la plus laborieuse de l'opération. Enfin il réunit les deux bords voisins, qui se rapprochèrent très-aisément au moyen de cinq points de suture métallique.

L'opération a présenté cette particularité que l'incision antéro-postérieure droite, qui s'est trouvée sur le trajet des plus grosses artères et veines palatines, a donné une notable quantité de sang. M. Gosselin était sur le point de cautériser avec le fer rouge. Mais il a suffi de placer un tampon de charpie imbibé de perchlorure de fer, et par-dessus un tampon de charpie sèche que la langue a maintenu en place, pour voir le sang s'arrêter.

Le lendemain et le surlendemain, trente-six à quarante-huit heures après l'opération, le malade a eu des hémorrhagies abondantes, qui l'ont affaibli notablement, avec syncopes, déglutition du sang, puis rejet de ce liquide par les vomissements. Néanmoins la réunion s'est faite parfaitement, et la perforation a tout à fait disparu. On voit sur le malade les cicatrices des trois incisions antéro-postérieures. On peut remarquer de plus, au-devant du lambeau droit, une cicatrice transversale qui ne devrait pas exister et qui a tenu à ce qu'après le passage du dernier fil la muqueuse s'est déchirée dans un mouvement inattendu du malade. Heureusement cette déchirure a été incomplète et la muqueuse est restée assez adhérente par ses couches profondes pour ne pas se détacher et pour conserver des moyens de nutrition suffisants.

A la question faite par M. Verneuil, savoir, comment les fils ont été noués, M. Gosselin répond qu'ils l'ont été avec les tubes de Galli et la pince spéciale, comme on le fait habituellement dans les sutures métalliques. Les fils sont restés dix jours en place. Lorsque M. Gosselin les a enlevés, deux au moins d'entre eux, peut-être trois, avaient coupé l'un des bords, le bord gauche de la suture.

M. VERNEUIL insiste sur les avantages des sutures métalliques, avantages incontestables dans l'opération de la fistule vésico-vagi-

nale. Ici les fils sont restés dix jours en place, et l'on sait que la muqueuse palatine est bien plus facile à couper, bien moins résistante que la muqueuse de la cloison vésico-vaginale.

Pour ce qui est de l'hémorrhagie, M. Verneuil rapporte une opération de palatoplastie qu'il a faite sur un sujet auquel M. Robert avait déjà pratiqué la staphyloraphie. Or le simple décollement de la muqueuse donne lieu à une hémorrhagie abondante.

Chez ce malade, la réunion fut parfaite d'abord; la cicatrice était belle et fermait toute la solution de continuité. Mais petit à petit la désunion s'est faite, la cicatrice a cédé, et, un mois après le jour où l'on constatait la guérison, les lambeaux s'étaient séparés et avaient repris leur première place. Cette observation engage M. Verneuil à prier M. Gosselin de donner dans quelques mois des nouvelles du malade. Aujourd'hui la guérison est complète et le résultat on ne peut plus satisfaisant.

M. RICHET a expérimenté comparativement, et dans une même opération, la suture avec des fils métalliques et la suture avec des fils ordinaires. C'était dans un cas d'uréthroplastie; les fils métalliques et autres furent placés exactement dans les mêmes conditions. Il y avait trois fils métalliques et trois fils cirés. Or, trente-six heures après l'opération, les fils métalliques avaient coupé les lèvres, et les fils ordinaires avaient maintenu la suture.

M. BROCA insiste pour démontrer que quand on se sert de fils métalliques il faut multiplier les points de suture.

M. BAUCHET a employé dans deux opérations d'uréthroplastie les fils métalliques. L'une de ces opérations a été faite à l'Hôtel-Dieu, l'autre à l'hôpital du Midi. Les fils ont en moins de trois jours coupé les tissus. Les deux fistules se sont fermées par seconde intention. M. Bauchet avait, lorsque les lèvres de la plaie étaient bien bourgeonnantes, passé une épingle à travers la plaie, entrant et sortant à une grande distance de ses bords, et jeté un fil sur cette épingle, de façon à fermer la fistule.

M. VERNEUIL, dans une opération d'uréthroplastie qu'il a pratiquée à l'hôpital des Enfants, s'est servi d'une plaque pour fixer la suture; dans ce cas comme dans un autre, il a eu un succès complet.

M. GOSSELIN annonce, sur la question générale de la suture métallique avec les fils d'argent, qu'il en a été très-satisfait dans une autre opération faite dans la bouche. C'était pour une staphyloraphie qu'il a eu l'occasion de pratiquer en 1858 à l'hôpital Cochin; il a rapproché si exactement les bords, il a eu tant de facilité à réunir

ses fils au moyen des tubes en plomb, dits tubes de Galli, et les bords étaient tellement intacts lorsqu'au dixième jour il a enlevé les fils d'argent, qu'il a été disposé à considérer cette suture comme supérieure aux autres. Mais il l'a employée un certain nombre de fois sur la peau, et là il a eu des sections par les fils, et des suppurations sans réunion immédiate. Sans doute ces résultats peuvent tenir aux conditions particulières de la blessure ou du sujet. Mais l'opinion actuelle de M. Gosselin est que, pour réunir les plaies à bords muqueux des cavités naturelles, la suture métallique, à cause de la sécurité avec laquelle on serre les fils et à cause de leur action lente sur les tissus, est plus avantageuse que la suture avec les fils de soie ou de lin; mais que pour les plaies cutanées la supériorité du nouveau moyen de réunion sur les anciens ne lui est pas encore démontrée par l'observation.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr Bauchet.

Séance du 7 août 1861.

Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu le *Compte rendu* des travaux de la Société de médecine de Nancy pour 1859-1860. Nancy, 1861, in-8°.

— M. Follin dépose sur le bureau le premier volume de son *Traité de pathologie externe*. Paris, 1861, grand in-8°.

— MM. Follin et Janssen adressent un exemplaire de leur opuscule intitulé : *Considérations physiologiques sur l'éclairage et application à l'ophthalmoscopie*. Paris, 1861, in-8°.

— M. le docteur Jubiol adresse un manuscrit intitulé : *Réclamations de priorité sur l'époque où il convient de pratiquer la désarticulation coxo-fémorale*. (Commissaire, M. Legouest.)

— M. Legouest présente, au nom de M. Baizeau, une observation de *palatoplastie*. La Société en décide l'impression

H... (Louis), cavalier de remonte, atteint en 1856 d'un chancre induré à la base du gland avec adénopathie inguinale du côté gauche, entre à l'hôpital de Fontenay-le-Comte (Vendée), où on lui fait

prendre des pilules de proto-iodure de mercure pendant plusieurs mois. Peu de temps après ce traitement, des accidents secondaires apparaissent : syphilides pustuleuses du cuir chevelu, alopécie, plaques muqueuses aux lèvres et à l'anus. Soumis de nouveau aux préparations hydrargyriques, ces manifestations syphilitiques se dissipent.

A la fin de 1859, la voûte palatine devient le siége d'un gonflement subinflammatoire; un abcès se forme et s'ouvre à la fois dans la bouche et dans les fosses nasales. On constate alors une nécrose étendue des os du palais. Des séquestres volumineux sont extraits, et sous l'influence de l'iodure de potassium, les parties molles ulcérées se cicatrisent; mais il reste une perforation pour laquelle ce malade vient au Val-de-Grâce, dans le service de M. Legouest, qui a la bonté de le confier à mes soins.

Au centre de la voûte palatine, sur la ligne médiane antéro-postérieure, à un demi-centimètre des incisives, est une ouverture elliptique, large transversalement de 10 millimètres, et dont le grand diamètre, dirigé d'avant en arrière, mesure 15 millimètres. Ses bords, amincis, du reste assez réguliers, sont constitués par un tissu cicatriciel dur, blanc rosé. Le vomer, détruit au niveau de cet orifice, a complétement disparu; mais on distingue sur les côtés le bord inférieur des cornets. En pressant la voûte de bas en haut, on remarque que la portion osseuse manque à peu près complétement sur les parties latérales; et en arrière de la fistule on ne sent çà et là que quelques noyaux osseux isolés.

La phonation est extrêmement altérée; la voix est sourde, voilée, nasonnée, et les paroles sont peu distinctes. La déglutition est gênée; les liquides, et même les aliments solides, passent dans le nez et entretiennent une irritation de la muqueuse nasale. Pour boire, le malade est obligé de renverser la tête en arrière; il ne peut ni siffler ni fumer. Des mucosités nasales épaisses, filantes, s'engagent continuellement dans la fistule et s'écoulent dans la bouche.

La cicatrisation est complète depuis cinq mois, et toute trace de syphilis a disparu; cependant, par prudence, je prescris l'iodure de potassium avant de tenter l'oblitération de la perforation.

Le 24 octobre 1860, je pratique la *palatoplastie* suivant le procédé que j'ai déjà fait connaître, et que j'ai employé avec succès chez le nommé Petit-Jean.

Je commence par l'avivement du pourtour de la fistule, et afin de redresser les bords qui présentent une courbure trop considérable pour permettre un rapprochement facile, je prolonge mes incisions en avant et en arrière de cinq millimètres au delà de la perforation, qui se trouve ainsi allongée d'un centimètre, suivant le grand axe de

la voûte. Chez mon premier opéré, j'avais porté mon avivement un peu en dehors de la fistule, afin de ne pas augmenter l'étendue de la perforation en cas de gangrène des lambeaux ; mais ici je suis forcé de procéder autrement, par suite de l'absence de la charpente osseuse du palais. Je fais ensuite de chaque côté, le long de l'arcade dentaire et parallèlement aux bords latéraux de la fistule, une incision qui dépasse environ de 6 millimètres en avant et en arrière l'orifice avivé. Puis je détache, avec des bistouris courbes sur le plat et une spatule également recourbée, la partie antérieure des parties molles adhérentes à la voûte osseuse. Mes lambeaux ainsi mobilisés se rapprochent d'eux-mêmes, très-minces antérieurement ; ils ont plus d'épaisseur à la partie postérieure par suite de l'accolement de la muqueuse nasale à la muqueuse buccale. Quatre points de suture avec des fils d'argent maintiennent les lèvres de la plaie.

L'opération est heureusement terminée ; mais croyant remarquer un peu de tension d'un des lambeaux, je prolonge de 3 ou 4 millimètres en arrière mon incision externe gauche ; immédiatement une artère palatine comprise dans cette dernière incision fournit une quantité de sang abondante. La disposition des parties s'opposant à l'application d'une ligature, je tamponne la plaie avec un bourdonnet de charpie imbibée de persulfate de fer; l'hémorrhagie persiste, mais elle cède à la compression faite avec le pouce par-dessus le tamponnement et continuée pendant vingt minutes.

Le lendemain les parties modérément tuméfiées sont recouvertes de mucosités mêlées de persulfate de fer. Le lambeau gauche, refoulé par la charpie, est renversé ; son bord interne regarde en haut et l'externe en bas. J'enlève le tamponnement au bout de quarante-huit heures, afin de faciliter le redressement du lambeau et de diminuer la tension de la suture ; mais les fils métalliques ont déjà coupé les tissus à gauche, et la réunion n'a pas lieu ; toutefois un changement favorable est obtenu, les deux lambeaux sont en contact et la fistule se trouve transformée en une fissure longitudinale dont il est possible d'obtenir la cicatrisation en avivant les bords internes ; malheureusement le malade s'y refuse. Je fais alors, par la méthode de M. J. Cloquet, plusieurs cautérisations qui n'amènent la réunion que d'une petite partie de la fistule. Enfin, après plusieurs mois de vaines tentatives, la nécessité de l'avivement étant démontrée, je l'exécute, et je place sur les lèvres de la perforation des points de suture métallique qui sont extraits le cinquième jour. L'oblitération est complète et définitive.

Lors de la première opération, les incisions latérales avaient pénétré jusque dans les fosses nasales. Pour m'opposer à la rétraction

des lambeaux en dehors pendant le traitement par la cautérisation, j'avais dû maintenir ces incisions dilatées avec des bourdonnets de charpie. La fistule obstruée, je cesse cette dilatation ; à gauche l'ouverture se ferme rapidement; à droite il reste un petit pertuis, capable de recevoir une petite tête d'épingle, entouré de tissu induré par le contact prolongé des bourdonnets de charpie. Une opération autoplastique ou la galvanocaustie auraient certainement amené l'occlusion de cette fistulette. Mais H..., n'éprouvant pas d'autres inconvénients que le passage dans la cavité buccale de quelques mucosités, demande à sortir de l'hôpital.

Ainsi chez ce militaire, deux opérations ont été nécessaires pour oblitérer la perforation palatine; mais l'insuccès de la première tentative ne doit pas être imputé au procédé opératoire. Le tamponnement, en produisant la torsion du lambeau et le tiraillement de la suture, qui a déchiré prématurément les tissus, avait placé l'opéré dans une condition des plus défavorables et de nature à produire la mortification des lambeaux. Néanmoins il n'y a eu aucune menace de gangrène, et les lambeaux ont conservé leur vitalité et sont restés rapprochés. Cet échec, loin d'être préjudiciable au procédé, contribue donc au contraire à faire ressortir ses avantages, et tout fait supposer que sans cette hémorrhagie la réunion aurait été immédiate.

La suture métallique a été employée chez ce nouvel opéré. Je n'ai pas pu en apprécier les effets ; mais ayant eu deux fois recours aux fils d'argent dans la staphyloraphie et ayant obtenu de bons résultats, je pense qu'ils sont préférables aux fils de soie ou de lin, qui coupent les tissus trop rapidement, et qui pour cela doivent être retirés le troisième ou le quatrième jour, avant que la cicatrisation ait acquis assez de solidité pour résister à la pression de la langue, à un éternument ou à tout autre effort.

Toutefois il faut être averti que lorsqu'on veut enlever la suture métallique, on éprouve une certaine difficulté à arracher les fils qui sont fortement recourbés; on tiraille la cicatrice, et on est exposé à la rompre. Pour éviter cet inconvénient, j'ai employé chez H... une suture qui a quelque ressemblance avec la suture métallique de Dieffenbach; après avoir traversé les bords de la plaie avec des fils d'argent, un petit tube de plomb fut glissé sur chaque extrémité métallique, et servit à fixer le fil de chaque côté et à rapprocher les lèvres de la fistule. Cette suture est non-seulement plus facile à extraire que la suture ordinaire, mais en outre elle a l'avantage de ne pas étrangler les tissus par une constriction circulaire; elle peut être laissée plus longtemps en place sans déchirer ou ulcérer les parties, qu'elle maintient en contact. Enfin elle met en rapport les surfaces saignan-

tes dans une plus grande étendue, en renversant légèrement en bas le bord interne des lambeaux. Quoique je ne sois pas encore assez édifié sur la valeur de cette suture pour la préconiser d'une manière générale, je pense qu'elle pourrait être avantageuse dans les cas où les lambeaux faciles à attirer sur la ligne médiane seraient très-minces au niveau de la perforation.

M. LEGOUEST prend ensuite la parole à l'occasion du procès-verbal.

La communication, dit-il, que nous a faite M. Gosselin dans la dernière séance, à propos d'une opération de *palatoplastie* par le procédé de M. Baizeau, est intéressante à plus d'un titre, et si je n'ai pas fait sur-le-champ les observations que je me propose de faire aujourd'hui, c'est que je désirais leur donner toute certitude et toute exactitude.

Je savais, en effet, que M. Baizeau avait répété au moins une fois cette opération, mais j'ignorais le résultat qu'il avait obtenu; et, jusqu'à plus ample information, je ne pouvais annoncer à la Société que le malade, présenté par M. Gosselin comme le second opéré par le procédé avec succès, n'était que le troisième. M. Gosselin était parfaitement autorisé à présenter son opéré comme il l'a fait, attendu que les opérations nouvelles de M. Baizeau n'ont pas encore été publiées.

Les opérations de palatoplastie par le procédé de M. Baizeau sont aujourd'hui au nombre de quatre. La première a servi de base au mémoire de mon collègue du Val-de-Grâce, sur lequel M. Larrey a fait un rapport à la Société médicale d'émulation; la seconde a été pratiquée par lui l'hiver dernier sur un homme de mon service, dont on vient d'entendre l'observation; la troisième sur un malade de son propre service; la quatrième, enfin, par M. Gosselin.

De ces quatre opérations, trois ont été suivies de succès; une seule a échoué. Ces résultats sont de nature à justifier le jugement favorable porté par M. Gosselin sur le mode opératoire employé.

La première opération fut nécessitée par une perforation très-large de la voûte palatine. Dans la crainte, en cas d'insuccès, de voir la perte de substance prendre une plus grande dimension, M. Baizeau ne crut pas devoir en aviver les bords, et se borna à tailler et à décoller deux lambeaux latéraux en pont, qu'il rapprocha par une suture médiane. Le malade guérit.

Sur le malade de mon service, la perte de substance était moins considérable. M. Baizeau aviva les bords de la solution de continuité, prolongea ses incisions en avant et en arrière sur la ligne médiane, incisa latéralement de chaque côté de la perforation les parties mol-

les de la voûte, qu'il décolla et qu'il réunit par leurs bords correspondants.

Dans cette seconde opération, les bords avivés de la perforation même furent compris dans la largeur des lambeaux et réunis par la suture, tandis que dans la première les lambeaux avaient été taillés de toute pièce sur les parties saines latérales et attirés au-devant de la perte de substance, dont les bords restèrent intacts. Le succès couronna cette nouvelle tentative et cette légère modification opératoire qu'a suivie spontanément M. Gosselin.

M. Baizeau fût moins heureux dans une troisième opération : pressé d'agir par le malade, qui voulait partir de l'hôpital, il n'attendit pas la cicatrisation complète de l'ulcération, qui avait envahi la voûte palatine, et il eut le chagrin de voir un des lambeaux disparaître, laissant une perforation plus grande qu'avant l'opération. Il me semblerait injuste toutefois d'attribuer cet insuccès au procédé opératoire.

J'ai à peine besoin de dire que ces opérations, comme la plupart des autoplasties, sont d'une lenteur désespérante; mais je crois devoir appeler l'attention sur un des accidents auxquels elles donnent lieu, accident signalé par M. Gosselin, et qui est de nature à compromettre le succès; je veux parler de l'hémorrhagie.

Dupuytren avait bien indiqué les abondantes pertes de sang qu'il avait provoquées en enlevant des cancers de la région palatine, et avait proposé de les arrêter par l'application du cautère actuel; mais personne, que je sache, ne les a signalées dans les opérations d'uraniscoplastie; ce qui s'explique par le discrédit et l'abandon jusqu'ici à peu près complet où sont restées les restaurations de la voûte palatine. Ces hémorrhagies sont graves et fréquentes. Pour ma part, j'en ai observé deux fois; la première en assistant M. Larrey, la seconde en opérant moi-même. M. Baizeau, dans l'une de ses trois opérations, a eu à combattre pareil accident; M, Gosselin vous a dit qu'il s'était aussi trouvé aux prises avec cette complication. Sur six opérations connues de moi, il y a donc eu quatre fois une hémorrhagie.

L'abondance et la soudaineté de la perte de sang, la difficulté très-grande de s'en rendre maître, les moyens même employés à cet effet entravent les manœuvres opératoires et compromettent le résultat de l'opération.

N'existe-t-il aucun moyen d'éviter l'hémorrhagie?

On sait que les artères palatines se portent des trous palatins postérieurs vers le trou palatin antérieur, en longeant presque exactement la base de l'arcade alvéolaire, logées dans un sillon qu'on y remarque.

C'est la lésion du tronc de ces artères qui donne lieu aux hémor-

rhagies. Si toutes les voûtes palatines étaient d'égale dimension et conformées de la même manière, il serait facile d'assigner le lieu précis où passent les vaisseaux, et de calculer en millimètres la distance à laquelle on peut porter son bistouri de la ligne médiane ; mais il n'en est pas ainsi. J'ai mesuré sur vingt têtes d'adultes la distance qui sépare les deux artères palatines à la hauteur de la suture de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur avec la portion horizontale des os du palais, et j'ai constaté que cette distance varie de 33 à 21 millimètres ; la distance moyenne était de 26^{mm}9 à 27^{mm}. Pour ne pas léser le tronc des artères palatines, il ne faudrait donc pas s'écarter de la ligne médiane de plus de 13 à 13^{mm}5 ; or dans les perforations étendues, qui exigent de très-larges lambeaux pour être recouvertes, il n'est guère possible d'obtenir ceux-ci qu'en atteignant les limites extrêmes que je viens d'indiquer. Peut-être alors serait-il possible de ménager le tronc de l'artère palatine, en prenant soin de ne pas porter la pointe du bistouri perpendiculairement à la concavité de la voûte du palais, mais d'inciser obliquement de dehors en dedans, et presque en dédolant, de façon à donner au bord externe du lambeau moins d'épaisseur qu'au bord interne, composé de toute la couche des parties molles détachées.

C'est avec réserve que je propose cette manière de faire, qui très-probablement ne préserverait pas de la lésion du tronc principal, si la perforation siégeait vers la partie antérieure de la voûte, où les distances que j'ai indiquées tout à l'heure ne sont plus les mêmes.

Lorsque l'hémorrhagie se produit, elle est, comme je l'ai dit tout à l'heure, d'une abondance remarquable, et elle ne peut être arrêtée par la ligature : il faut donc choisir parmi tous les moyens hémostatiques le plus applicable. M. Larrey et moi avons eu recours à des boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer, comme MM. Baizeau et Gosselin après nous. Mais le perchlorure de fer a de graves inconvénients lorsqu'il est appliqué au voisinage ou sur des lambeaux dont la vitalité et la réunion sont la condition indispensable du succès : il détermine une inflammation vive qui provoque facilement la gangrène. MM. Larrey, Baizeau et moi, avons été témoins de cet accident ; M. Gosselin a été plus heureux.

On peut adresser les mêmes reproches au cautère actuel, toujours difficile à manier dans les cavités.

Afin de rendre l'application de ces moyens hémostatiques aussi inoffensive que possible, je pense qu'il faut la faire précéder de la compression prolongée pendant vingt ou trente minutes, comme l'a fait une fois M. Baizeau ; la compression, si elle ne supprime pas définitivement l'écoulement du sang, le modère suffisamment pour en faire

connaître précisément la source, et permettre d'appliquer directement sur un point très-limité une boulette de coton imbibée de perchlorure de fer, ou mieux de persulfate de fer, moins caustique et aussi efficace que le sel précédent.

L'hémorrhagie et les moyens employés contre elle me paraissent donc seuls compromettre le succès de l'opération, et le procédé à double lambeau en pont semble devoir mettre à l'abri de la désunion de la cicatrice que M. Verneuil a vue survenir à la suite du procédé de Krimmer. Les lambeaux, en effet, sont réappliqués sur la voûte palatine dans une grande partie de leur surface saignante et contractent des adhérences, tandis que dans le procédé de Krimmer ils sont renversés; leur surface saignante reste à découvert dans toute son étendue, suppure et se recouvre d'un tissu cicatriciel dont la rétraction surmonte la résistance de la réunion médiane.

Je terminerai en remerciant M. Gosselin d'avoir apporté au procédé de mon confrère du Val-de-Grâce l'appui de son autorité et de son talent.

M. GOSSELIN remercie M. Legouest de sa communication intéressante; il accorde au perchlorure de fer plus de confiance que ne semble lui en attribuer notre collègue.

— M. GIRALDÈS étant en congé, la Société procède à un vote pour le remplacer dans la commission nommée dans la dernière séance.

M. Danyau est nommé membre de cette commission.

COMMUNICATION.

Note sur une luxation de l'extrémité supérieure du radius (par M. BERNADET, interne à Bicêtre). — M..., âgé de soixante-douze ans, couché dans la salle Saint-Victor, service de M. Broca, est mort au mois de juin d'un phlegmon diffus, suivi d'hémorrhagie de la tibiale postérieure.

Ce vieillard était atteint depuis l'âge de douze ans d'une luxation en arrière de l'extrémité supérieure du radius gauche, survenue à la suite d'une chute sur la main.

Il n'y a jamais eu la moindre tentative de réduction. Le malade, du reste, jouissait à peu près de tous ses mouvements. En arrière de l'épicondyle on voyait une petite tumeur formée par la tête du radius. L'avant-bras était très-légèrement fléchi sur le bras; l'extension était à peu près complète. La pronation se faisait aussi bien du côté malade que du côté sain. La supination était seule un peu incomplète. Aussi tous les mouvements de l'avant-bras étaient conservés, ils s'effectuaient tous dans leurs limites respectives, sauf celui de supination, très-légèrement arrêté à la fin de sa course.

La pièce anatomique nous a montré les rapports suivants entre les os qui forment l'articulation du coude. L'extrémité supérieure du cubitus occupe sa place normale. L'extrémité supérieure du radius a quitté la partie inférieure du condyle pour se porter un peu en arrière, en bas et en dehors de cette éminence. C'est donc à la fois une luxation en arrière et en dehors du radius. Le ligament latéral externe est devenu oblique supérieur en dehors, et recouvre entièrement la capsule radiale. Le ligament annulaire n'existe plus réellement qu'en dedans, où il offre une déviation oblique et une épaisseur assez notable. En dehors, on ne rencontre plus que quelques traces de son tissu fibreux.

M. MOREL-LAVALLÉE rapproche de ce fait celui qui a été rapporté par M. Laborie et qui n'était pour lui qu'une fracture de l'olécrâne, dont une arthrite sèche a empêché la consolidation et dans laquelle la trochlée était atrophiée. Ici, c'est le condyle qui a subi cette altération, différence toute physiologique, la portion articulaire hors de service s'étant atrophiée, la portion articulaire suppléant aux fonctions de la précédente s'étant au contraire hypertrophiée en proportion.

M. BAUCHET rappelle que, dans une communication faite par M. Morel-Lavallée, notre collègue avait avancé que le radius, dans les luxations anciennes, ne pouvait être réduit. Il a observé un fait qui vient confirmer cette assertion de M. Morel. Il s'agissait d'une luxation datant de six semaines, dans laquelle, malgré ses efforts, il n'a pu réduire le radius ; mais les mouvements se sont ultérieurement rétablis. Il insiste donc sur ce fait : difficulté, peut-être impossibilité de réduction du radius dans les luxations anciennes, et malgré cela possibilité de rendre au membre ses fonctions.

M. GOSSELIN se demande si cette difficulté de réduction ne tiendrait pas à une altération du ligament annulaire. Il cite le fait suivant : Chez un enfant atteint de luxation du coude, il réduisit le cubitus assez facilement ; le radius ne put être remis en place.

M. DEMARQUAY. Pour les luxations récentes, la réduction est en général très-facile ; pour les luxations anciennes, il est quelquefois tout à fait impossible de réduire le radius. Notre collègue a vu Blandin réussir dans un cas de luxation ancienne.

M. DESORMEAUX a fait des tentatives de réduction chez un enfant pour une luxation datant de trente jours. Il n'a pas pu réduire le radius. Il pense pourtant qu'il ne doit pas toujours en être ainsi. Il a pu, dans un autre cas, remettre la cupule radiale en place ; mais la luxation s'est reproduite, de façon qu'à la difficulté de la réduction il faut ajouter la difficulté de maintenir les os bien en place.

M. GUERSANT a aussi éprouvé de grandes difficultés, mais il a réussi dans quelques cas.

M. MOREL-LAVALLÉE est heureux de cette discussion. Ainsi qu'il l'avait avancé, il ressort de ces deux faits deux choses : difficulté de réduire, et surtout de maintenir réduite une luxation du radius; mais il ne faut pas négliger les tentatives de réduction; car si on laisse le radius derrière, il est possible au moins de remettre le cubitus en place. Tel est le cas du malade qu'il a déjà présenté et qu'il se propose de faire repasser sous les yeux de la Société.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 14 août 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Paul Delmas (de Bordeaux) adresse un exemplaire des ouvrages suivants, dont il est l'auteur : 1° *Mémoire sur l'anatomie et la pathologie du mamelon;* Bordeaux, 1860, in-8°; 2° *Compte rendu du service de l'établissement hydrothérapique de Longchamps;* Bordeaux, 1861, in-8°.

— M. Larrey fait don à la Société de soixante-dix-huit thèses de chirurgie soutenues à la Faculté de médecine de Paris.

— M. le docteur Henry Bonnet fait parvenir à la Société un exemplaire de son mémoire intitulé : *Considérations sur la paralysie progressive;* Paris, 1860, in-8°.

— M. le docteur Appia, président de la Société de médecine de Genève, candidat au titre de membre correspondant étranger, dépose sur le bureau les ouvrages suivants, dont il est l'auteur : 1° *Des fractures de la cuisse par armes à feu*, Genève, 1859, in-12; 2° *Du mal perforant du pied et d'une forme analogue de plaie de ce membre*, Genève, 1861, in-8°; 3° *Lettres à un collègue sur les blessés de Palestro, Magenta, Marignano et Solferino*, Genève, 1859, in-8°.

LECTURE DE RAPPORT.

M. RICHET lit un rapport sur un mémoire de M. Berchon, relatif à l'emploi du chloroforme suivant la méthode de M. Reynaud, de Rochefort.

A beaucoup de titres, ce travail mériterait de fixer votre attention : facilité de style, netteté et méthode dans l'exposition, faits cliniques recueillis avec soin et bien analysés, telles sont les qualités qui nous ont plus particulièrement frappés. Mais comme la question des anesthésiques a été déjà plusieurs fois agitée au sein de votre Société, que tout récemment encore la discussion, à en juger du moins par son peu de durée et le très-petit nombre de nos collègues qui y ont pris part, paraît avoir été pour quelque temps épuisée, nous n'avons pas pensé qu'il fût opportun de la rouvrir, d'autant mieux que nous n'avions à vous signaler dans l'exposé rapide que nous nous proposons de faire du mémoire de M. Berchon, aucun fait saillant, aucun point de vue nouveau. Et cependant le but annoncé par l'auteur dès le début est bien fait pour éveiller l'attention ; il se propose effectivement de démontrer que l'appareil imaginé par M. l'inspecteur général Reynaud, appareil devenu réglementaire dans le service de santé de la marine, et les procédés d'inhalation mis en usage dans le service de santé de l'armée navale, d'une part mettent à l'abri de tout danger, et d'autre part déterminent l'anesthésie d'une manière et plus prompte et plus sûre que toutes les autres méthodes.

Un coup d'œil rapide jeté sur ce travail va vous montrer jusqu'à quel point l'auteur a atteint son but.

L'appareil de M. Reynaud n'est autre qu'un cornet en tissu, carton ou papier, représentant une sorte de cône tronqué de 15 centimètres de longueur. Sa base est évasée, pour embrasser tout à la fois les ouvertures nasale et buccale ; elle est garnie de molleton, de manière qu'elle puisse s'appliquer plus exactement sur les inégalités de la face, et empêcher la déperdition des vapeurs de chloroforme. Plus près de son sommet que de sa base se trouve disposé un diaphragme intérieur, formé de deux ou trois rondelles de molleton ou de drap, lequel est percé à son centre d'une ouverture calculée de telle sorte que son diamètre soit le double de celui du canal aérien.

C'est sur ce diaphragme qu'on verse la liqueur anesthésique. Il fait donc office d'éponge ou de compresse, et le cornet au milieu duquel il est tendu n'a d'autre but que de rassembler et diriger les vapeurs mélangées à l'air atmosphérique vers la bouche et les fosses nasales.

Il est facile de comprendre que cet appareil, d'ailleurs très-simple, ne diffère pas sensiblement de tous ceux que nous connaissons, et que s'il en a tous les avantages, il doit en avoir tous les inconvénients.

Néanmoins M. Berchon n'hésite pas à le regarder comme très-supérieur, et à lui attribuer l'innocuité constante des inhalations anesthésiques faites dans le service de santé de la marine.

Voici comment il énumère successivement toutes les qualités que, selon lui, il réunit.

1° La simplicité. Mais il nous semble que sous ce rapport l'éponge ou la compresse ne lui cèdent en rien, et même lui sont bien supérieures; car, enfin, quelque simple que soit le cornet Reynaud, il faut encore réunir les matériaux avec lesquels on doit le faire, carton, molleton, etc., puis le confectionner, ce qui demande toujours un certain temps; tandis que l'on a toujours une compresse ou une éponge sous la main.

2° Application facile sans compression *ni géne*. Sans doute l'application d'un cornet à large embouchure, embrassant la bouche et le nez, ne paraît pas de nature à gêner la respiration.

Néanmoins nous savons tous qu'il est un certain nombre de malades pour lesquels toute application d'appareil aux ouvertures respiratoires devient une cause d'anxiété quelquefois insupportable, et qui leur fait instinctivement et malgré eux porter la main pour l'éloigner. Sous ce rapport, on peut donc dire que la compresse ou l'éponge ont encore ici l'avantage.

3° L'évaporation commode des vapeurs à une distance assurée et convenable des ouvertures aériennes, de manière *à éviter toute suffocation.*

Certainement l'appareil Reynaud a sur un grand nombre de ceux primitivement imaginés un très-grand avantage, c'est celui de laisser beaucoup plus librement pénétrer l'air atmosphérique mélangé de chloroforme, puisque l'ouverture pratiquée au diaphragme est double de celle des voies aériennes. Il est donc bien calculé pour éviter, non *la suffocation,* mais l'asphyxie par défaut d'air respirable.

Toutefois, il nous semble que par cela même qu'il concentre toutes les vapeurs anesthésiques et les dirige toutes vers les voies respiratoires d'une manière inévitable, il est bien plus propre que d'autres, la compresse ou l'éponge, par exemple, à produire la suffocation qui résulte de l'arrivée trop brusque sur la muqueuse respiratoire d'un courant d'air trop chargé de vapeurs toujours un peu irritantes, primitivement au moins.

4° Pour M. Berchon, une autre condition éminemment favorable, c'est l'arrivée *prompte* de vapeurs constamment mélangées d'air, dont l'action rapide égale l'innocuité.

Cette *prompte* arrivée des vapeurs dans les voies aériennes, loin d'être un avantage, nous semble plutôt un inconvénient, et nous sommes de ceux qui pensent qu'il faut au contraire, au lieu de saisir brusquement l'organisme, le laisser s'habituer peu à peu à l'influence des agents anesthésiques.

A l'appui de cette opinion, nous pourrions citer un certain nombre de cas où la mort est survenue quand les malades avaient à peine aspiré quelques bouffées d'air chloroformé, de telle sorte qu'ils ont été comme foudroyés, ou *sidérés*, pour me servir d'une expression consacrée. Aussi pensons-nous qu'un des avantages de la compresse ou de l'éponge sur les appareils qui, comme celui de M. Reynaud, concentrent trop les vapeurs anesthésiques, c'est d'habituer insensiblement l'économie à l'influence du chloroforme, en ne laissant arriver d'abord que quelques rares vapeurs très-mélangées d'air atmosphérique. A notre avis il n'y a rien à gagner à brusquer l'inhalation pour amener plus promptement l'insensibilité; au contraire, il peut y avoir de graves inconvénients à stupéfier tout à coup l'organisme.

Enfin, M. Berchon achève son énumération des avantages que présente le cornet, en disant que la surveillance des symptômes fournis par la vision est facile, et qu'on peut suspendre à volonté l'inhalation, toutes choses que présentent à un égal degré au moins les divers appareils mis en usage dans nos hôpitaux, et plus particulièrement encore, pensons-nous, la compresse et l'éponge.

« Mais, quelle que soit l'excellence de l'appareil, dit M. Berchon, nous croyons devoir rattacher *pour une bonne part* l'absence complète d'insuccès, sur laquelle nous avons insisté en commençant ce travail, aux règles d'administration qui ont été de tout temps observées dans la pratique de nos hôpitaux. »

Ce sont donc ces règles d'administration qu'il importe actuellement d'examiner, afin de voir en quoi elles s'éloignent de celles qui sont généralement adoptées dans nos hôpitaux de Paris.

En première ligne, il faut placer le dosage, au sujet duquel l'auteur reproduit tous les arguments mis en avant par les partisans de ce mode d'administration. La dose de chloroforme usitée dans la marine, et qu'on introduit dans le cornet Reynaud, est de 10 grammes en général. Mais ce n'est là qu'une *dose initiale ;* si elle ne suffit pas, on en ajoute une quantité plus ou moins considérable : ordinairement 5 grammes d'abord, puis 5, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'insensibilité se produise; c'est là ce que l'auteur appelle les *doses secondaires*.

Pour notre compte, nous n'avons aucune remarque à présenter sur cette manière de procéder, qui d'ailleurs nous paraît être celle de tout le monde. Effectivement c'est ainsi que procèdent la plupart des chirurgiens, avec cette différence peut-être que ceux qui se servent de la compresse ou de l'éponge ne croient pas absolument nécessaire de mesurer aussi strictement la quantité de liquide qu'ils versent à chaque fois, se contentant de savoir ce qu'ils emploient en totalité.

Est-ce à dire que le dosage exact soit de première importance, et qu'il faille taxer de témérité les chirurgiens qui s'en fient bien plus aux symptômes que présentent les individus soumis aux inhalations qu'à la quantité employée ? Nous ne le pensons pas, parce que nous croyons que l'action des agents anesthésiques est extrêmement variable et subordonnée à beaucoup de circonstances dont la plupart malheureusement échappent à notre appréciation, et que particulièrement l'état du système nerveux, au moment où le patient est soumis à l'inhalation, a une bien autre influence sur le résultat définitif que la dose plus ou moins considérable de chloroforme employée. Tout le monde sait combien l'action des éthers sur l'économie a d'analogie avec celle des alcooliques, et personne n'ignore combien est grande la différence de réceptivité (qu'on me passe l'expression) des mêmes individus pour les boissons fermentées, suivant le moment où elles sont ingérées dans l'estomac. Il paraît en être de même du chloroforme, et je crois qu'il n'est pas un de nous qui, ayant chloroformé plusieurs fois le même individu à quelques jours d'intervalle, n'ait été frappé de la différence dans la rapidité plus ou moins grande des effets obtenus avec des appareils et des doses de médicament cependant identiques.

S'il fallait d'ailleurs fournir une autre preuve de cette variabilité d'action du chloroforme selon les individus, alors même qu'on se sert d'appareils et qu'on dose exactement, je la trouverais dans le travail qui nous est soumis. Ainsi, sur 230 cas où le chloroforme fut administré avec l'appareil réglementaire de M. Reynaud, 48 fois, c'est-à-dire plus d'une fois sur cinq, on ne put obtenir l'insensibilité avec la dose initiale ordinaire, et il fallut recourir aux doses dites secondaires pour avoir des effets marqués.

Sous le rapport du dosage, la pratique de nos confrères de la marine ne s'éloigne donc pas sensiblement de la nôtre, et nous ne voyons dans les résultats obtenus autre chose que ce que nous observons chaque jour sur nos malades.

C'est d'ailleurs ce dont il est facile de se convaincre en parcourant les détails des dix observations données par M. Berchon comme types de celles plus nombreuses qu'il s'est dispensé de rapporter.

Parlerai-je maintenant des autres précautions recommandées dans les hôpitaux de la marine, celles, par exemple, de s'assurer toujours avant l'administration de l'état de pureté chimique du chloroforme, de ne pratiquer les inhalations que sur des individus à jeun et mis dans la position horizontale, de surveiller avec soin l'état des pupilles, de la face, de la respiration et de la circulation ? Mais, excepté la pureté chimique du chloroforme, dont il est superflu de se

préoccuper dans les hôpitaux de Paris, je ne crois pas qu'il y ait un seul d'entre nous qui ne se conforme aux règles depuis longtemps déjà passées en coutume que rappelle M. Berchon, et qu'il a seulement le tort de déclarer trop peu connues.

Pour résumer toute notre pensée sur ce sujet, nous dirons donc :

1° Que l'appareil de M. Reynaud, qui ne diffère pas sensiblement de plusieurs de ceux dont se servent un grand nombre de nos collègues, n'offre aucun avantage essentiel qui doive le faire préférer à tous les autres ; qu'en un mot, il n'est ni meilleur ni plus mauvais ;

2° Que quant aux précautions recommandées par l'auteur du mémoire dans l'emploi des anesthésiques, elles sont depuis longtemps établies, et servent de règle aussi bien aux chirurgiens des hôpitaux civils et militaires, qu'à nos confrères des hôpitaux de la marine et de la flotte.

Il nous reste maintenant à traiter une dernière question ; elle est très-délicate, et nous ne l'aborderons qu'avec une certaine réserve. Notre confrère, dans son travail, s'applaudit à plusieurs reprises de ce qu'aucun cas de mort à la suite de l'emploi des anesthésiques n'a encore été signalé dans le service de santé de la marine, et il n'hésite pas à attribuer ce résultat au mode d'administration adopté, je dirai presque imposé, par règlement ; mode d'administration que je viens de vous faire connaître, et dont j'ai essayé d'apprécier la valeur.

Or, c'est là une assertion qui aurait une immense portée si elle était parfaitement démontrée. En effet, le nombre d'individus soumis aux inhalations d'éther et de chloroforme, depuis 1847 jusqu'en 1861, par nos confrères du service de santé de la marine, a dû être considérable, immense ; et quoique les appareils dont ils se sont servis et se servent encore, de même que les précautions qu'ils mettent en pratique, ne nous paraissent pas sensiblement différer des nôtres, il y aurait lieu de rechercher plus attentivement encore à quelles circonstances inconnues ils doivent des résultats si exceptionnellement heureux, et qui contrastent avec ceux obtenus par leurs confrères de l'armée de terre et des hôpitaux civils. Malheureusement cette assertion, car ce n'est qu'une assertion, j'ai regret de le dire, ne s'appuie que sur des bases bien fragiles.

M. Berchon nous dit bien que jusqu'à ce jour on ne cite aucun cas de mort survenue par le fait des agents anesthésiques dans les hôpitaux de la marine, ou à bord des bâtiments pendant les expéditions lointaines; mais il se borne à une simple affirmation, et en fait de science, une affirmation émanée d'un confrère, si honorable qu'il soit, ne suffit pas pour entraîner la conviction.

Il est bien vrai que l'auteur nous dit avoir fait son travail en dé-

pouillant les registres d'observations conservés dans les écoles de médecine de Brest et de Toulon. Mais toutes les observations consignées dans ces recueils ne s'élèvent pas à plus de 296, sur lesquelles 24 relatives à l'emploi de l'éther, et 272 au chloroforme. Or, 296 observations dans lesquelles il y a eu innocuité complète des agents anesthésiques ne suffisent pas pour démontrer victorieusement la supériorité d'une méthode ou d'un procédé, quand on sait que la proportion des morts, d'après les relevés de nos confrères de l'armée de terre en Crimée et en Italie, a été de 1 sur 12 ou 13,000 soumis aux inhalations chloroformiques.

C'est là une lacune importante que nous engageons notre laborieux confrère de Rochefort à combler, à l'aide des précieux documents que l'administration de la marine ne peut manquer de mettre à sa disposition.

La part de la critique faite, nous nous empressons de reconnaître, ainsi d'ailleurs que nous l'avons dit dès le début, les qualités qui distinguent le travail qui nous a été soumis. On ne saurait trop encourager des recherches dans cette direction, la seule capable de fournir les éléments d'une statistique sur laquelle on pourra peut-être baser une méthode sûre pour l'administration des agents anesthésiques, de ces agents dont l'action, ainsi que l'a dit un éminent physiologiste, reste encore à la fois si terrible et si mystérieuse.

Nous vous proposons donc :

1° De publier un extrait du mémoire de M. Berchon;

2° De remercier l'auteur de sa communication, en le priant de continuer ses recherches sur ce sujet;

3° D'inscrire M. Berchon sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. LE PRÉSIDENT appelle la discussion sur ce rapport.

M. HUGUIER. Les faits relatés dans le mémoire de M. Berchon méritent d'être signalés, mais il ne faut pas en conclure cependant qu'ils prouvent tout ce que l'auteur a voulu établir. Ainsi, si l'application du chloroforme, suivant la méthode de M. Reynaud, a donné de bons résultats, il faut tenir compte des conditions dans lesquelles cette application a été faite. Les marins sont forts, robustes, peu âgés, vigoureux, conditions bien plus favorables que celles dans lesquelles nous trouvons nos malades des hôpitaux, qui sont en général affaiblis, soit par des maladies, soit par d'autres causes.

M. DÉSORMEAUX pense que les marins se trouvent aussi dans quelques conditions défavorables; ainsi, ils ont souvent le scorbut, ils boivent de l'eau qui a été renfermée dans des vases de fer, qui

contient dès lors des préparations ferrugineuses et qui, malgré cela, est souvent plus ou moins altérée. La beauté des résultats obtenus par M. Reynaud n'est donc point dans des conditions plus favorables que celles que nous avons dans les hôpitaux. Il reconnaît cependant avec M. Richet que les faits invoqués en faveur de la méthode de M. Reynaud ne sont pas suffisants pour regarder cette méthode comme supérieure aux autres.

M. HUGUIER reprend la parole pour dire que ses remarques s'appliquaient aux conditions générales dans lesquelles les marins étaient placés, et qu'il est évident que ces conditions sont meilleures dans un port de mer que dans nos hôpitaux.

M. RICHET fait remarquer que les observations de M. Berchon se rapportent non-seulement aux marins, mais aux ouvriers des ports, tels que plombiers, calfatiers, etc.; mais que peut-être dans les hôpitaux de la marine on reçoit même des femmes. En d'autres termes, il s'agit ici de l'application du chloroforme non-seulement sur des marins, mais sur des personnes habitant les ports de Brest et de Toulon. Ce n'est point sur des navires en pleine mer que les observations ont été prises.

M. HUGUIER. Dans le mémoire de M. Berchon, il n'est, je crois, question que de 250 faits. Dire que la méthode est supérieure aux autres parce que sur ce nombre il n'y a pas eu de morts, c'est aller au delà de la saine logique. Pour lui, il a chloroformé certainement plus de 1,500 personnes, et il n'a jamais eu d'accidents. Il se sert d'un simple cornet de linge, et il n'en conclut pas néanmoins à la supériorité de sa méthode.

M. RICHET est de l'avis de M. Huguier. Il reconnaît comme lui que les faits invoqués ne sont point suffisants pour établir la supériorité de la méthode. Il avoue, du reste, que le mémoire de M. Berchon est parfaitement bien fait et d'un style irréprochable.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions du rapporteur.

Ces conclusions sont adoptées, et la Société décide en outre que le rapport de M. Richet sera inséré dans les *Bulletins* de la Société.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. BOUVIER. A l'occasion de la pièce de luxation du radius présentée par M. Bernadet, je veux soumettre à l'observation de la Société un exemple de luxation double de l'extrémité supérieure du radius.

Le sujet qui porte cette double luxation est le ventouseur de l'hôpital des Enfants. Il a trente-neuf ans, et il porte sa double luxation depuis trente-huit ans, c'est-à-dire que, d'après les renseignements fournis par les parents, ce serait à l'âge de six mois ou un an que cette luxation double aurait apparu à la suite de convulsions. Mais cette version est incertaine, et nous y ajoutons peu de foi.

Les deux radius sont luxés en arrière, et l'on sent presque en entier leur extrémité supérieure. Je veux aussi appeler l'attention de la Société sur deux points importants, à savoir : les fonctions du membre, et la cause qui a produit cette double luxation.

1° Relativement aux fonctions du membre, l'on se demande comment avec un tel déplacement la nature a pu rétablir des mouvements comme ceux que nous observons chez notre ventouseur. Cet homme possède, en effet, tous les mouvements qui s'exécutent normalement entre le bras et l'avant-bras, et ces mouvements sont très-étendus dans tous les sens. Mais il faut reconnaître aussi qu'ils sont un peu moins étendus que chez une personne qui aurait le membre thoracique bien conformé. En analysant les mouvements, voici ce que nous voyons relativement à leur étendue :

Les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras sont un peu moins étendus que dans une articulation saine. Ainsi la flexion présente 10 degrés de moins que dans l'état normal. Il en est de même de l'extension. La supination est plus bornée que la pronation ; elle offre de 25 à 30 degrés de moins.

La force musculaire du membre ne semble pas manifestement diminuée; cependant il est évident que les muscles de l'avant-bras ont perdu leur direction ; leur insertion n'est pas aussi fixe : de là des troubles nécessaires dans les mouvements des déchets musculaires. Aussi cet homme se plaint-il d'être promptement fatigué quand il s'amuse à peindre. Il y aurait là une étude approfondie à poursuivre eu égard à chaque muscle en particulier.

On ne peut donc pas dire qu'il est indifférent pour les fonctions d'avoir un radius luxé ou dans ses rapports normaux. Avec une luxation, on peut bien conserver certains mouvements, mais ces mouvements auront nécessairement perdu en étendue, en force et en précision.

2° Relativement à la cause, nous avons à nous demander ici si la luxation est congénitale ou accidentelle. D'une manière générale, il n'y a pas de signes distinctifs certains pour pouvoir se prononcer dans des cas semblables. Aussi, comme toujours en pareille occurrence, il se forme deux camps opposés. Dans le fait de M. Bernadet, il y a un renseignement positif, il n'y a donc pas de doute à avoir :

il s'agit bien d'une luxation traumatique. Dans mon observation, au contraire, les renseignements nous font défaut, d'où l'incertitude dans laquelle je me trouve. Cependant, si l'on réfléchit que la luxation est double et qu'elle date des premiers moments de la vie, il y a quelque probabilité en faveur de la cause congénitale. En pareille occurrence, Adams est disposé à admettre cette cause, et cependant M. Malgaigne se refuse obstinément à la reconnaître. Ce savant professeur, qui est si sévère à cet égard, et qui ne voit presque partout que des luxations postérieures à la naissance, qui n'en veut croire que l'observation, tient compte néanmoins de renseignements peu rigoureux quand ils sont favorables à sa manière de voir. Ainsi, pour rejeter l'existence des luxations congéniales du radius, il s'appuie sur un seul fait dans lequel les parents lui ont rapporté que l'enfant avait l'habitude de porter les bras en arrière, et que cela avait produit la luxation. Ce récit n'a pour nous aucune valeur démonstrative, et dans ce cas il faut rester dans le doute.

Quand il s'agit, comme dans le fait que nous produisons, d'une luxation des deux radius, nous reconnaissons volontiers qu'il y a là un argument d'une assez grande valeur pour démontrer que la luxation est congénitale.

M. Malgaigne invoque encore une autre raison à l'appui de son opinion ; il dit qu'on n'a jamais observé de luxation chez les fœtus. A cet argument, je réponds que M. J. Guérin en a vu ; les détails manquent, il est vrai, dans cette observation, mais cela n'en constitue pas moins un fait, et M. Malgaigne n'a pas le droit de le nier. L'argument invoqué par M. Malgaigne prouve seulement que les luxations chez le fœtus sont peu communes, mais il ne prouve que cela.

Il y a là un vide dans la science, et des recherches faites sur le fœtus pourraient parfaitement le combler.

M. MOREL-LAVALLÉE est du même avis que M. Bouvier. Il se demande d'abord si l'imperfection des mouvements dans le cas actuel ne tiendrait pas à une altération concomitante de l'articulation du coude. Relativement à la cause, il admet qu'il y a des luxations congénitales. Dupuytren a vu un sujet chez lequel il y avait une quadruple luxation du radius, c'est-à-dire que cet os était déplacé des deux côtés, et par son extrémité supérieure et par son extrémité inférieure. Ce fait a été relaté dans la thèse de M. Robert sur les vices de conformation des articulations. Or, dans cette observation, il est évident que les luxations étaient congénitales.

M. TRÉLAT. Je désire présenter quelques remarques sur l'étiologie et sur la variété de ces luxations. On ne peut nier qu'ici l'existence de deux luxations identiques à droite et à gauche, la grande

étendue et la force des mouvements, enfin l'époque très-ancienne à laquelle on fait remonter la lésion, ne constituent sinon des preuves, au moins des présomptions très-grandes en faveur de luxations congénitales. Sans doute, il est difficile de concevoir à l'époque de la première enfance un traumatisme assez violent pour déplacer simultanément les deux radius ; mais, parce qu'on ne peut accepter l'idée de luxations traumatiques, il ne faut point se hâter de conclure à des luxations congénitales. Ne peut-on admettre qu'à la suite de convulsions de la première enfance les muscles supinateurs, qui sont ici si volumineux et si saillants, se sont rétractés et ont déterminé consécutivement le déplacement de la tête radiale ? Cette étiologie n'est-elle pas admise pour d'autres déplacements articulaires ?

Du reste, je ne cherche pas ici à faire prévaloir une opinion, j'indique seulement quelques objections qui se présentent à mon esprit, objections corroborées par le souvenir d'une pièce que j'ai présentée il y a deux ans environ à la Société de chirurgie. C'était une luxation de l'extrémité supérieure du radius trouvée sur un cadavre de l'Ecole pratique. Manquant de renseignements, j'en étais réduit à des conjectures plus ou moins acceptables, et je me souviens parfaitement que les membres de la Société partagèrent mes doutes, et n'osèrent décider si la luxation que je leur présentais devait être regardée comme congénitale ou comme traumatique.

Je serai plus affirmatif pour ce qui a trait à la variété de la luxation. Notre collègue vient de dire que la luxation du radius est complète ; je ne partage pas tout à fait cette manière de voir. En dessinant à l'encre les saillies osseuses de l'articulation, il est facile de s'assurer que la face supérieure de la cupule radiale est située sur un plan notablement inférieur à celui de l'épicondyle. Il y a entre ces deux plans la même distance qu'à l'état normal. Or, si la luxation du radius était complète, la cupule du radius serait remontée en arrière du condyle de l'humérus, et la distance de l'épicondyle à la tête du radius serait effacée ou très-diminuée. De ce que cette disposition n'existe pas, je conclus que la tête radiale est encore, par un quart ou un tiers de son étendue, en rapport avec le condyle ; conséquemment nous avons ici une luxation incomplète, mais une luxation incomplète aussi étendue que possible.

— M. BROCA revient sur les conclusions prises par la Société relativement au travail de M. Berchon ; il fait remarquer que le travail de ce chirurgien est très-bien fait, très-intéressant par le nombre imposant de ses observations. M. Richet, qui en est le rapporteur, est dans les mêmes opinions que lui, et il désirerait que la Société revînt sur sa décision prise il y a un instant, et qu'elle voulût bien

permettre de publier un des chapitres ou un extrait du mémoire de M. Berchon.

M. RICHET appuie la proposition de M. Broca. S'il n'a pas voulu proposer l'impression de tout le mémoire de M. Berchon, c'est uniquement à cause de sa trop grande étendue ; mais il verrait avec plaisir que l'on en publiât un extrait.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la proposition de MM. Broca et Richet, et la Société décide qu'il sera publié un extrait du mémoire.

— M. APPIA fait une communication sur divers faits de sa pratique. Ses divers mémoires et sa communication sont renvoyés à une commission composée de MM. Huguier, Désormeaux, Marjolin.

— M. LAZAREWITCH présente et décrit devant la Société un hystérophore de son invention, qu'il a employé avec succès dans une vingtaine de cas pour remédier aux chutes complètes de la matrice. (Commissaire, M. Depaul).

— La séance est levée à cinq heures un quart.

L'un des secrétaires annuels, BÉRAUD.

Séance du 21 août 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'instruction publique annonce à la Société qu'il lui a alloué pour l'année courante une somme de 500 fr.

— M. le docteur Segers, de Saint-Nicolas (Belgique), demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger, et adresse à l'appui de sa demande un ouvrage intitulé *Nouvelle théorie sur l'asthme; exposé d'un nouveau traitement curatif de la gangrène sénile*, etc. Bruxelles, 1861, in-8°. (Rapporteur, M. Broca.)

— La Société a reçu, en outre, le *Bulletin médical du nord de la France*, publié par la Société centrale de médecine du département du Nord. Lille, 1861 (juillet et août.)

LECTURE.

Enorme kyste multiloculaire du maxillaire inférieur. — M. BROCA donne lecture de l'observation suivante, adressée à la Société par M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant.

M. H..., ancien militaire, âgé de quarante-sept ans, demeurant à Saint-Fulgent (Vendée), me fut adressé au mois de janvier 1857, par le docteur Merland, de Napoléon-Vendée, pour une tumeur très-volumineuse de la mâchoire inférieure.

Cet homme, d'une haute stature, d'une robuste constitution, me donne les détails suivants sur les débuts et la marche de la maladie pour laquelle il vient me consulter :

Pendant qu'il était au service, il se fit arracher au côté droit de la mâchoire inférieure la dent de sagesse et la première grosse molaire ; ces deux dents se brisèrent sous l'instrument, et les racines, qui ne purent être extraites, restèrent toujours douloureuses.

Il y a dix ans, la dent intermédiaire, la seconde grosse molaire, se caria aussi et fut arrachée complétement.

Dès cette époque il existait au corps de la mâchoire un gonflement appréciable qui augmenta après l'ablation de la dent et qui fut pris pour un abcès. Une incision pratiquée sur la gencive ne donna issue qu'à du sang. La tumeur s'affaissa, mais reprit bientôt son volume primitif; en même temps elle devenait le siége de douleurs intolérables, que de nouvelles incisions seules réussirent à calmer. Ces incisions ne donnèrent d'abord lieu qu'à un écoulement de sang, mais plus tard il sortit par l'ouverture une quantité notable de matière blanche que le malade compara à du fromage mou.

Enfin, au bout de six mois, les douleurs se calmèrent ; la tumeur, mal circonscrite, du volume d'une noix environ, ne faisait point de progrès, et le malade ne s'en préoccupait nullement. Les choses restèrent dans cet état pendant cinq ans ; mais alors dans l'espace de quelques mois, sans cause appréciable, la tumeur grossit rapidement, acquit bientôt le volume du poing; soulevant la joue et faisant saillie du côté de la cavité buccale, elle gênait la respiration et la déglutition.

Une ponction fut alors pratiquée au moyen d'un trocart; elle donna issue à une grande quantité d'un liquide visqueux. Il y eut un affaissement partiel de la tumeur, surtout en dedans ; mais la cavité ne tarda pas à se remplir de nouveau. On fit des incisions ; on essaya de faire suppurer les parois de la cavité en y introduisant des bourdonnets de charpie ; on fit de nouvelles ponctions, des injections iodées, etc.

Mais la tumeur était formée de plusieurs loges dont les enveloppes

étaient trop résistantes pour s'affaisser complétement, de sorte qu'elle reprenait son volume primitif avec une promptitude désespérante. Cependant la première cavité qui avait été ouverte et qui gênait la déglutition et la respiration avait des parois plus molles que les autres, de sorte qu'elle s'affaissa d'une manière permanente et que la tumeur cessa de faire des progrès dans cette direction.

Grâce aux incisions et aux ponctions répétées, le volume de la tumeur resta à peu près le même pendant quatre ans ; mais alors elle s'accrut de nouveau avec une grande rapidité, et on comprit qu'il fallait avoir recours à une opération radicale.

Lorsque je vis le malade pour la première fois, la tumeur avait le volume des deux poings. Elle occupait tout le côté droit de la face et descendait au-dessous du niveau inférieur de la mâchoire ; les parties molles du visage étaient fortement tendues à sa surface ; sa consistance était osseuse, sa surface légèrement bosselée, sa forme assez régulièrement arrondie.

Il existait quelques ganglions dans la région sous-maxillaire.

Examinée du côté de la bouche, la tumeur présentait les mêmes caractères ; cependant sa consistance était moins considérable, et, sur quelques points, on pouvait la déprimer ; on sentait alors la coque osseuse reprendre sa position première en faisant entendre un bruit caractéristique.

La mâchoire supérieure était déformée, les dents étaient renversées en dedans, de sorte que le rapprochement des mâchoires était possible jusqu'à un certain point, et que du côté gauche la mastication, bien qu'incomplète, pouvait cependant se faire.

La langue était repoussée du côté gauche, ce qui rendait la parole difficile ; mais la déglutition et la respiration s'exécutaient bien mieux qu'on n'aurait pu le supposer.

Enfin, cette tumeur produisait une gêne notable par son volume énorme, mais elle n'était le siége d'aucune douleur. Dès lors, on comprend que la santé générale n'ait pas été sensiblement altérée.

L'opération fut pratiquée le 7 janvier 1857.

Le malade a été complétement réfractaire à l'action du chloroforme, et j'ai dû passer outre.

La lèvre inférieure a été incisée sur la ligne médiane, et l'incision a été prolongée latéralement jusqu'au point correspondant à l'angle de la mâchoire ; en outre, le bistouri fut porté dans la bouche de manière à diviser la membrane muqueuse dans toute l'étendue de la tumeur. Après cela il fut facile, à l'aide d'une spatule, et en quelque sorte d'un seul coup, de décoller tout le lambeau et de dénuder complétement la tumeur osseuse. Ainsi mise à nu, cette tumeur fut atta-

quée d'abord à sa partie inférieure par un trait de scie parallèle au bord de la mâchoire, puis par des cisailles, et enfin par la gouge et le maillet.

Nous vîmes alors qu'elle était formée d'une coque osseuse, d'autant plus épaisse et plus dure qu'elle était plus rapprochée de la base du maxillaire; dans d'autres points, au contraire, l'os était réduit à une lamelle de l'épaisseur d'une feuille de parchemin. Il existait à l'intérieur une douzaine de loges, dont les plus grandes pouvaient contenir un œuf de poule et les plus petites avaient moins d'un centimètre de diamètre. Ces dernières se trouvaient vers la branche de l'os, sur les limites extrêmes de la maladie. La matière contenue dans ces kystes n'avait pas le même aspect; tantôt c'était un liquide ressemblant à de la salive; tantôt un liquide jaunâtre, visqueux; tantôt, enfin, une matière plus épaisse et blanchâtre.

Les cloisons qui séparaient ces loges étaient osseuses et éburnées vers le corps de l'os; elles étaient d'autant plus minces qu'elles s'éloignaient davantage du point d'implantation de la tumeur; enfin, dans quelques points, elles étaient cartilagineuses et pouvaient être coupées aisément avec des ciseaux.

La tumeur fut enlevée complétement, mais j'eus soin de conserver en bas une bande osseuse de 2 centimètres de largeur, représentant une partie de la branche de la mâchoire et tout le côté droit du corps de l'os; de chaque côté de ce point osseux restaient deux larges lambeaux muqueux doublés de périoste. Ces lambeaux furent régularisés, puis la surface de l'os fut cautérisée avec le fer rouge. Enfin les parties molles furent réunies par la suture entortillée.

Le malade, qui avait supporté cette opération avec un grand courage, n'eut même pas de fièvre les jours suivants. Le quinzième jour après l'opération, il retournait chez lui ayant encore un gonflement considérable de la joue.

Il y eut jusqu'à la fin de mars un peu de suppuration dans la bouche. A cette époque, une longue esquille très-mince se détacha, et la guérison parut définitive.

Cependant la joue était restée plus grosse que celle du côté opposé. Ce n'est qu'au bout de six mois que ce défaut de symétrie disparut enfin.

Depuis deux ans j'ai revu mon malade plusieurs fois. Une cicatrice linéaire, à peine apparente, indique seule les points où les incisions ont été pratiquées. Grâce à la conservation du périoste, la mâchoire s'est reconstituée et a plus que doublé de volume; elle est recouverte par une membrane muqueuse assez épaisse pour servir à la

mastication; enfin les dents de la mâchoire supérieure ont repris leur position normale.

COMMUNICATION.

M. **VERNEUIL.** Je veux appeler l'attention de la Société sur des faits insolites dans lesquels j'ai vu des accidents graves et même mortels être la suite d'un traumatisme léger. J'ai pu observer deux cas où des accidents semblables se sont manifestés, et je demande à la Société la permission de les lui exposer, afin que chacun, consultant ses souvenirs, puisse dire s'il en a recueilli d'analogues dans sa pratique.

Dans ma première observation, il s'agit d'un étudiant en médecine, bien portant, qui, se promenant en voiture avec ses amis aux Champs-Elysées, fut renversé, et tomba sur le côté droit. Appelé auprès de lui immédiatement après l'accident, je constatai les lésions suivantes :

1° Une fracture probable des côtes. Je dis probable, parce que le moindre contact sur la région provoquait de telles douleurs que je n'insistai point, et je fis appliquer un bandage de corps sans me préoccuper davantage de cette lésion, qui finit par guérir sans laisser de traces.

2° Une petite contusion au coude droit sans fracture, qui guérit aussi parfaitement bien.

3° Une contusion avec érosion de la peau au niveau de l'apophyse orbitaire externe du frontal droit.

En présence de ces accidents immédiats de la chute, voyant qu'il n'y avait pas de fracture apparente ni à la tête ni au bras, je rassurai le malade. En effet, tout se passa pour le mieux pendant les premiers jours qui suivirent l'accident. Mon pronostic paraissait se confirmer, lorsque le cinquième jour il se déclara brusquement une déviation de la moitié de la face ; nous étions en présence d'une paralysie faciale du côté droit. Rien jusque-là n'avait pu nous faire soupçonner une grave lésion des centres nerveux. J'avais examiné attentivement le crâne, je n'avais pas trouvé de contusion dans la région mastoïdienne le premier jour de l'accident ; j'avais constaté seulement une douleur très-vive dans ce point, sans la moindre ecchymose. Mais le jour de l'apparition de la paralysie faciale, je reconnus une ecchymose secondaire dans la région mastoïdienne. Si les contusions guérirent promptement, la paralysie faciale fut au contraire assez rebelle. Cependant les émissions sanguines au moyen de sangsues appliquées derrière les oreilles amenèrent au bout de quelque temps une amélioration notable; la parole, qui avait été abolie, revint, et la paralysie faciale

diminua beaucoup. Ce fut dans ces circonstances que j'envoyai mon malade aux bains de mer, dont l'action fut bienfaisante, puisque au retour il n'offrait plus aucune trace de tous ces accidents.

Un an après, nouvelle manifestation de phénomènes morbides graves du côté de la tête. D'abord il y a eu une légère déviation des traits de la face, indiquant un commencement de paralysie du nerf facial primitivement atteint. Au bout de quelques jours, explosion de phénomènes plus sérieux encore, tels que délire, aliénation mentale, hémiplégie du côté gauche, convulsions tétaniques.

En présence de ce terrible cortége de symptômes, je dus prendre l'avis de M. Monneret. Comme le malade habite les Deux-Sèvres, pays à fièvres intermittentes, nous examinâmes la rate, que nous trouvâmes énorme. Du reste, ce jeune homme avait aussi le teint cachectique, et il était dyspeptique depuis longtemps. Nous lui conseillâmes de prendre de l'iodure de potassium, et de suivre un traitement hydrothérapique.

Après deux mois de cette médication, il y eut une amélioration sensible; les mouvements revinrent dans le bras et la jambe, l'intelligence fut plus nette.

Mais voilà que j'apprends une seconde rechute, et plus grave que la première, caractérisée par de la démence, de la paralysie des sphincters, de l'hébétude et des accès de fureur. Tous ces phénomènes morbides ne sont pas rassurants, et tout nous fait craindre une mort prochaine.

Ainsi, en résumé, voilà un exemple de traumatisme léger sur l'apophyse orbitaire externe amenant des accidents cérébraux sur le côté correspondant. Comment pouvons-nous expliquer la relation qui existe entre la violence extérieure et les accidents ? Il est probable que la chute a produit une lésion du rocher qui ne s'est point manifestée à l'extérieur, qu'autour de cette fracture une phlogose se sera plus tard établie, et que celle-ci aura gagné peu à peu le cerveau et ses enveloppes.

Le deuxième fait que j'ai à vous communiquer offre avec celui-ci une grande analogie.

Il y a dix-huit mois environ, un de mes clients vint me chercher pour sa femme. Celle-ci avait toujours été bien portante, et n'était affectée d'aucune diathèse; elle venait d'éprouver un accident au milieu des circonstances suivantes : au moment de la rentrée du mari, elle voulait ouvrir une armoire à glace, et ne pouvait y parvenir. Le mari lui vient en aide, se charge d'ouvrir l'armoire pendant que sa femme reste derrière lui. Il fait des efforts considérables, il tire fortement sur la clef, la porte résiste toujours. Enfin, la

porte cède sous l'influence d'une traction plus énergique, et elle s'ouvre brusquement. Pendant ce mouvement, le coude du mari vient heurter violemment sa femme au niveau de l'apophyse orbitaire externe. Le choc fut si violent que la femme fut renversée par terre.

Je constate l'existence d'une ecchymose et d'une petite bosse sanguine sur la région orbitaire. Il n'y a pas de lésion apparente ailleurs, et je fais appliquer sur le mal des compresses résolutives.

Le huitième jour après l'accident, la malade sort en voiture découverte en compagnie de son mari, pendant une partie de la journée. C'était le mardi gras, et il faisait froid. Avant la sortie, la malade éprouvait déjà quelque sensation insolite dans la face, et, en rentrant à quatre heures du soir, on pouvait constater tous les phénomènes d'une paralysie faciale bien caractérisée.

Je suis appelé immédiatement, je trouve les dernières traces de la contusion sur la région orbitaire, et j'observe de plus une douleur très-vive derrière l'oreille, au niveau de la base de l'apophyse mastoïde.

Les jours suivants, la paralysie faciale se complète, la parole devient indistincte, la mastication est difficile et la malade se mord fréquemment la joue pendant cet acte.

Sur ces entrefaites, on appela un médecin qui crut devoir traiter la paralysie par l'électricité; mais cette médication ne produisit aucun résultat avantageux. Je fus invité alors à donner de nouveau mes soins à la malade; j'appliquai immédiatement des sangsues à plusieurs reprises et à quelques jours d'intervalle sur la base de l'apophyse mastoïde. Ce traitement amena de l'amélioration, la paralysie diminua notablement. Cependant la malade était très-indocile, et la guérison n'arrivant pas assez promptement, j'ajoutai au traitement des purgatifs drastiques répétés, des vésicatoires.

L'amélioration devenait plus grande, la paralysie faciale avait considérablement diminué, lorsque la malade alla à la campagne, puis aux bains de mer. Ces conditions hygiéniques nouvelles eurent encore pour effet d'amender le mal, mais sans le guérir complétement. Depuis, la malade a quitté Paris pour retourner en Belgique, son pays. A son départ, la bouche n'était plus déviée et elle ne conservait de sa paralysie que l'inconvénient de ne pouvoir fermer complétement les paupières du côté de la contusion.

Tout récemment, j'ai été consulté par le mari pour l'accident suivant : du côté où l'occlusion des paupières était impossible, il s'est manifesté une blépharoptose. Du reste, la santé générale est restée excellente.

Ce fait m'inspire les réflexions suivantes. Il est certainement moins

grave que le précédent; mais il est tout aussi singulier relativement à la gravité des accidents sous l'influence d'un traumatisme en apparence léger.

Pour me résumer, je dirai que voilà deux cas de contusion de l'apophyse orbitaire externe qui ont déterminé consécutivement des paralysies et même des accidents qui, pour l'un d'eux, seront probablement mortels. Je voulais mettre en rapport la cause et l'effet, et m'éclairer auprès de mes collègues, pour savoir d'eux s'ils avaient eu l'occasion d'en observer de semblables.

M. BAUCHET. Les deux observations de M. Verneuil sont certainement très-intéressantes. J'ai rapporté dans ma thèse de concours pour l'agrégation des faits analogues, dans lesquels on a vu, par exemple, après la contusion du crâne, se déclarer le diabète, l'albuminurie, des accidents nerveux divers, etc.

M. VERNEUIL. Je n'ai pas voulu parler des faits auxquels M. Bauchet fait allusion. Mon attention se fixe seulement sur ce point, à savoir : qu'il peut survenir des accidents cérébraux très-graves après une contusion même légère de la région orbitaire externe. Je ne veux point parler des paralysies faciales consécutives aux fractures du rocher, paralysies dans lesquelles on s'explique parfaitement la relation entre la fracture et la lésion du nerf. Dans les cas, au contraire, que je viens de relater, nous ne saisissons pas aussi bien la succession des phénomènes. Comment, en effet, pouvons-nous expliquer la relation qu'il y a eue entre la contusion de l'orbite et la lésion du nerf facial? L'irradiation est ici certainement curieuse. Comment le nerf facial a-t-il été blessé? Y aurait-il eu une fracture du rocher? Je l'ignore; mais ce que je sais très-bien c'est qu'au moment de l'accident il n'y a pas eu les symptômes de cette fracture, et que je n'ai pas observé l'écoulement d'un liquide sanguin ou séreux par l'oreille. Je n'ai constaté qu'un seul symptôme pouvant faire croire à la fracture du rocher, je veux parler de la douleur au niveau de la base de l'apophyse mastoïde.

M. TRÉLAT. Les deux faits relatés par M. Verneuil sont très-curieux, mais s'ils offrent une certaine analogie, ils présentent aussi beaucoup de différence entre eux. Je vais tâcher de les apprécier. Pour le second cas, je ne suis point de l'avis de M. Verneuil, je crois que la paralysie faciale ne s'est pas montrée sous l'influence du traumatisme; je suis porté à admettre, au contraire, que la véritable cause est le froid, et qu'il s'agit, par conséquent, d'une paralysie rhumatismale.

Pour le premier fait, l'appréciation est plus difficile. Il est certain qu'à la suite de violences portées sur la tête, on voit quelquefois des accidents se manifester six mois, un an même après, et l'on est dès lors

autorisé à se demander si dans cette circonstance l'on n'aurait pas à enregistrer un cas semblable. Mais, d'un autre côté, ne serait-il pas possible qu'il n'y eût aucune relation entre la cause et les accidents survenus? N'y aurait-il pas eu ici une simple coïncidence? Les phénomènes observés nous feraient admettre volontiers qu'il y a eu simplement un ramollissement cérébral concomitant. Je connais très-bien les faits cités dans la thèse de M. Bauchet ; si je les compare avec les deux observations de M. Verneuil, je ne puis m'empêcher d'y trouver des différences. Ainsi, dans les cas où le traumatisme est évident, les accidents consécutifs sont en général prompts à se manifester ; ils sont rapides, francs, nettement accusés. On peut observer alors des accès épileptiformes, de l'épilepsie même, mais on ne voit pas, comme dans le cas de M. Verneuil, des accès de démence, des paralysies. En d'autres termes, dans ce fait nous n'observons pas la marche et la nature des accidents qui se montrent parfois à la suite des fractures du crâne.

Je suis d'autant plus autorisé à chercher une autre cause pour expliquer ce fait insolite et surtout cette paralysie du facial, que, de l'aveu même de M. Verneuil, le traumatisme a été très-léger. Du reste, j'ai observé beaucoup de rochers brisés, j'ai fait de nombreuses expériences, et j'avoue que, même avec une fracture très-complète de cet os, le nerf facial n'est pas toujours lésé. On peut briser quelquefois le temporal en plusieurs fragments sans que le nerf soit directement intéressé. Pour toutes ces raisons, il faut n'admettre l'étiologie indiquée par notre collègue qu'avec réserve et même qu'avec doute.

M. BAUCHET. Pour la seconde observation de M. Verneuil j'adopte la manière de voir de M. Trélat. Pour la première observation, au contraire, je me range entièrement de l'avis de M. Verneuil. J'ai rapporté dans ma thèse des faits analogues à celui-ci. Depuis j'ai vu un malade soumis à l'examen de M. Moutard-Martin, et qui se place dans la même catégorie. Si l'on embrasse d'un coup d'œil d'ensemble tous les phénomènes qui peuvent survenir à la suite d'un coup porté sur la tête, on voit qu'ils peuvent être divisés en immédiats et en consécutifs. Or le premier malade de M. Verneuil a offert la série naturelle de ces accidents. Du reste, dans tous les faits que j'ai étudiés avec attention, il y avait eu, au moment de l'accident, commotion ou contusion cérébrale.

M. VERNEUIL. Je reconnais que mes observations offrent quelque chose de singulier, et c'est à ce titre que j'en fais l'objet d'une communication. Je comprends aussi les doutes émis par M. Trélat sur la nature de la cause de ma seconde observation. Mais je persiste néanmoins dans mon diagnostic. Je sais bien que le froid peut être invo-

qué pour expliquer la paralysie faciale. Mais il ne faut pas oublier aussi qu'avant de sortir la malade avait déjà éprouvé de l'embarras du côté de la bouche; et (signe important de fracture du rocher) j'avais en outre constaté une douleur vive, nettement limitée à la base de l'apophyse mastoïde du côté paralysé. Or, dans les paralysies rhumatismales du facial, il n'y a pas la moindre douleur dans la région mastoïdienne.

J'ai observé, il n'y a pas longtemps, un cas de paralysie faciale de nature rhumatismale, dans un service de médecine de l'hôpital Beaujon, et la guérison n'a pas tardé à se faire. Dans le cas de traumatisme, au contraire, la guérison est lente; les antiphlogistiques, les vésicatoires, sont moins efficaces. Si je réfléchis que la paralysie chez ma malade s'est améliorée sans guérir radicalement, tandis que la paralysie causée par le froid guérit toujours et d'une manière prompte, je suis obligé de conserver mon opinion sur la nature de la cause qui a amené la paralysie dans cette circonstance.

Pour le premier malade, M. Trélat serait disposé à ne voir qu'une coïncidence. Mais je ferai remarquer qu'il y a entre la cause et les accidents une filiation bien évidente, bien nette. Contusion, puis paralysie rebelle, cédant au bout de cinq mois de traitement; puis guérison persistant pendant un certain temps, production de nouveaux accidents, bientôt après paralysie, embarras de la parole, hémiplégie du côté opposé au rocher qui a supporté le choc, voilà, je pense, un enchaînement naturel d'une série d'accidents qu'on ne peut rattacher à une autre cause qu'au traumatisme, quelque léger qu'il ait été en apparence. Si je pouvais émettre une explication de la dernière série de ces accidents, je supposerais volontiers qu'il s'est formé en dernier lieu un abcès ou une tumeur quelconque au niveau du rocher; de là des phénomènes d'inflammation et de compression du côté du cerveau.

M. BAUCHET. Je désirerais savoir si les malades dont nous a parlé M. Verneuil avaient perdu connaissance au moment de l'accident. J'ajouterai que la douleur, au point d'émergence du facial, existe aussi dans la paralysie rhumatismale; et que cette paralysie est aussi et le plus ordinairement très-rebelle.

M. VERNEUIL. Pour le premier cas, le malade a roulé avec ses camarades au moment où la voiture a été renversée. On ne peut se rendre un compte exact de ce qui a eu lieu; mais à coup sûr on peut affirmer que si la perte de connaissance a eu lieu, elle a été légère. Il en est de même du second fait.

M. RICHET. M. Bauchet a cité l'observation de M. Moutard-Martin; je prends la parole pour donner quelques renseignements sur ce malade, qui a été dans mon service six mois avant les accidents observés par M. Moutard-Martin. Ce malade était arrivé à l'hôpital

Saint-Louis, dans mes salles, après avoir fait une chute d'un lieu très-élevé. Le côté droit de la tête avait porté, et il s'était produit une fracture du rocher. Il y avait eu en même temps commotion cérébrale. Au bout de quelques jours les phénomènes de la commotion ne s'étaient point dissipés ; cet homme était dans un état d'hébétude et d'exaltation telles, que je me demandai si avant sa chute il n'avait pas été atteint de folie.

En effet, les renseignements que je pris auprès des parents me montrèrent que j'avais eu quelque raison de me poser cette question ; il me fut répondu que le malade était un peu dérangé dans ses facultés intellectuelles. Quoi qu'il en soit, il resta sans intelligence jusqu'à sa sortie de l'hôpital. C'est quelque temps après qu'il est entré dans le service de M. Moutard-Martin pour s'y faire traiter d'une polyurie.

Je n'aurais pas pris la parole, si l'on n'avait rappelé ce fait dont j'ai été témoin. Mais puisque la discussion est ouverte sur ce sujet, je dois dire qu'il n'y a pas la moindre parité entre ce cas et ceux dont M. Verneuil nous a parlé. Au reste, je partage l'opinion de M. Trélat relativement à la nature de la paralysie dans le second cas. Dans la première observation, je crois à la cause traumatique. Mais il reste à expliquer le mode suivant lequel se développent des accidents consécutifs dans ces circonstances. On n'a parlé jusqu'ici que de deux causes : l'une serait traumatique, l'autre rhumatismale. Quant à la cause traumatique, j'avoue que je ne l'accepte qu'avec réserve, parce qu'il y a beaucoup de difficulté pour expliquer la transmission de la violence jusqu'au rocher. J'admettrais donc plus volontiers l'influence du froid, surtout dans le dernier cas, si j'étais forcé de me prononcer.

Mais il y a une troisième théorie à laquelle on n'a pas pensé dans cette discussion. On sait que Magendie croyait à l'existence de paralysies par récurrence. Il avait démontré que la lésion du nerf frontal pouvait être suivie de paralysie dans les branches de la cinquième paire, et même dans la rétine. J'ai observé dans ma pratique un cas qui confirme pleinement cette opinion. Un coup avait été porté sur le front ; douleur vive immédiatement après et plus tard amaurose, tels furent les phénomènes qui suivirent cette violence, qui avait probablement affecté le nerf frontal. Je n'ignore point qu'on a cherché l'explication de ces faits, en admettant une fracture du fond de l'orbite, où les nerfs qui s'y trouvent auraient été intéressés soit primitivement, soit consécutivement ; mais l'existence de cette fracture est tout hypothétique, rien ne la démontre, et jamais elle ne s'est traduite par la plus petite ecchymose sous-conjonctivale.

Il faut donc admettre qu'il y a eu une contusion du nerf frontal ou une commotion cérébrale. M. Malgaigne, qui a traité ce sujet dans son *Anatomie chirurgicale*, se range à cette manière de voir, et rejette dans ce cas l'existence d'une fracture, et l'on sait que sur ce point son opinion est d'un grand poids. Eh bien, en reconnaissant la solidité de cette interprétation, ne pouvons-nous pas nous demander si le second malade de M. Verneuil n'a pas éprouvé des phénomènes consécutifs, comme ceux dont je viens de parler? Pour ma part, je n'hésiterais point à me prononcer affirmativement.

M. FOLLIN. Si l'on examine les symptômes que les médecins aliénistes assignent à la paralysie générale, on ne peut s'empêcher de voir qu'ils existent en partie dans les observations de M. Verneuil. Et c'est en me basant sur cette analogie que je conseillerais une grande réserve pour le pronostic. Dans la paralysie générale on observe un ramollissement de la couche périphérique du cerveau; or ce ramollissement, débutant à la base, s'étend peu à peu jusqu'à l'origine d'un nerf, et, progressant encore, il envahit d'autres origines des nerfs crâniens. Ne peut-il pas se faire que les mêmes lésions existent chez le second malade de M. Verneuil? Quant au premier fait rapporté par notre collègue, il me paraît démontré comme à lui que les phénomènes consécutifs sont sous l'influence du traumatisme.

Quant à l'explication donnée par M. Richet, en se basant sur l'opinion de Magendie, je l'admets volontiers. L'on sait, en effet, qu'après la lésion d'un nerf, il survient quelque temps après une altération graisseuse dans ce nerf, et que cette altération peut aussi bien gagner le bout périphérique que le bout central de ce nerf. Les expériences de Waller, de MM. Brown-Séquard et Vulpian, le démontrent d'une manière évidente.

M. VERNEUIL. Je n'insisterai point davantage, et je persisterai dans mon opinion. J'avoue que l'hypothèse de la récurrence, invoquée par MM. Richet et Follin, ne me satisfait pas. Elle n'est certainement pas applicable au premier fait.

Pour la seconde observation, la contusion n'a pas été assez forte pour fracturer le rocher, et du reste, j'insiste sur ce point, la malade affirme qu'avant sa sortie elle éprouvait déjà un certain embarras dans la bouche. Le froid n'est peut-être pas la seule cause qui a produit cette paralysie; et puis, dans la paralysie rhumatismale trouve-t-on de la douleur à la base de l'apophyse mastoïde? C'est là un signe très-important pour éclairer l'étiologie.

M. RICHET. Les signes les plus probants pour M. Verneuil sont la douleur et la persistance de la paralysie. Pour moi, ces signes n'ont

pas une valeur aussi grande pour indiquer positivement la cause. Ainsi je connais des paralysies faciales de nature rhumatismale, qui ont été très-longtemps rebelles, et ont résisté aux vésicatoires, aux moxas et aux révulsifs les plus énergiques longtemps continués. Si l'amélioration est survenue, elle a été autant l'effet du temps que de la médication. J'ai observé un étudiant en médecine qui, ayant couché la joue tournée contre un mur humide, avait eu une paralysie faciale. La guérison n'est arrivée qu'au bout d'un an, et cependant j'ai bien observé chez lui l'existence d'une douleur vive à la base de l'apophyse mastoïde.

Je conclus donc que les deux signes sur lesquels M. Verneuil base son opinion, à savoir : la douleur à la base de l'apophyse mastoïde et la persistance de la paralysie malgré un traitement énergique, ne sont pas démonstratifs.

Quant à la théorie de la récurrence invoquée par Magendie, je suis disposé à en faire bon marché.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. TRÉLAT présente une fille atteinte d'une **luxation du coude en arrière et en dedans**. Il soumet à l'examen des membres de la Société le coude de cette fille, et il dit qu'il a fait des tentatives infructueuses de réduction. Il remarque aussi que cette luxation est rare, et qu'elle est ancienne.

M. MOREL-LAVALLÉE demande si l'on a fait des mouvements de flexion et d'extension avant d'essayer la réduction.

M. TRÉLAT répond qu'il n'en a point fait.

M. MOREL-LAVALLÉE. Dans les luxations un peu anciennes du coude, il existe des liens fibreux quelquefois très-puissants entre les surfaces articulaires. Il est indispensable de faire jouer l'articulation dans tous les sens pour les détruire. Ce n'est qu'après leur destruction qu'il faut tenter la réduction. C'est en suivant cette conduite que j'ai obtenu récemment deux succès.

Dans le cas que j'ai présenté dernièrement à la Société, des doutes se sont manifestés sur la réduction complète de la luxation. J'avais cependant beaucoup de raisons pour croire à une réduction ; mais en présence des doutes émis, j'avais presque cru que j'avais été induit en erreur. Il n'en était rien néanmoins, la réduction était bien complète ; le malade, que j'ai revu et qui est serrurier, a repris son métier, et il se sert de son bras avec la même facilité que de l'autre : il est parfaitement guéri. Je suis persuadé que M. Trélat arrivera au même résultat, s'il veut suivre mon conseil.

M. RICHET. Cette luxation en arrière et en dedans n'est point aussi rare que l'avance M. Trélat. Si peu d'exemples existent, c'est qu'on ne les publie point, à cause de leur fréquence; de même qu'on ne publie point tous les cas de pneumonie. Pour ma part, j'en ai observé un certain nombre. M. Trélat nous a dit ensuite que la luxation était ancienne. Je ne crois pas qu'elle doive encore porter cette épithète. Elle ne date que du 5 juilllet; elle n'a donc que quarante-sept jours, et cela ne peut pas s'appeler une luxation ancienne.

J'ai réduit moi-même plusieurs de ces luxations, une entre autres sur un enfant de douze ans, et je n'ai jamais eu recours aux moufles. La difficulté dans ces cas ne consiste pas dans la réduction du radius, mais bien dans celle du cubitus. En effet, l'extrémité supérieure de cet os est remontée au-dessus de l'épitrochlée. Il faut donc faire descendre le cubitus au-dessous de cette sorte de promontoire, et pour obtenir ce résultat, il convient de tirer l'avant-bras dans la demi-flexion. Dans le cas que nous observons, la mobilité est grande, et la luxation est peu ancienne, de sorte que je ne crois pas aux brides intra-articulaires. Ce qui fait l'obstacle à la réduction, c'est l'engrènement; il faut donc le détruire. Pour cela, je le répète, les tractions doivent se faire dans la demi-flexion, mais en procédant avec douceur et non avec force; quand on sent que le crochet olécrânien est détaché, il faut pousser l'humérus en arrière par le procédé de refoulement, tout en exerçant des tractions sur l'avant-bras fléchi et porté dans la pronation forcée.

M. TRELAT. En me guidant sur ce qui est écrit, sur le mémoire de M. Denucé et sur un article que j'ai rédigé moi-même, je pouvais considérer ces luxations comme rares. Je n'avais pas d'autres éléments pour baser mon opinion. Quant aux conseils qui me sont donnés, je les regarde comme précieux. Cependant je dois avouer que je ne comprends pas très-bien les tractions dans la demi-flexion. Il est évident qu'en donnant à l'avant-bras cette position, on tend le triceps; et se trouve-t-on alors dans une position moins favorable pour dégager le cubitus? J'avais eu une idée toute contraire, de tirer dans l'extension exagérée. Cette manœuvre n'a rien produit, il est vrai. Et puisque je n'ai pas réussi en agissant ainsi, je suivrai le conseil que me donne M. Richet; j'essayerai de la traction dans la demi-flexion, sans employer les moufles.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je conseillerais encore à M. Trélat d'exercer des tractions transversales en sens inverse, l'une sur la face antérieure de l'extrémité supérieure de l'avant-bras, et l'autre sur la face postérieure de l'extrémité inférieure du bras, pour diminuer l'engrenage.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur parotidienne. — Infiltration graisseuse des culs-de-sac glandulaires de la parotide. — Extirpation. — M. RICHET présente sur ce sujet une pièce et un dessin micrographique fait par un des internes de l'hôpital Saint-Louis.

La pièce que j'ai l'honneur de soumettre à la Société de chirurgie offre un exemple remarquable d'infiltration graisseuse des culs-de-sac parotidiens, variété nouvelle de tumeur dans cette région parotidienne déjà si fertile en tumeurs de tout genre.

Voici un résumé de ce cas singulier :

Le nommé François F..., âgé de quarante-deux ans, d'une constitution en apparence assez robuste, fait remonter à cinq ans et demi le début de son affection. Il a remarqué que, immédiatement au-dessous du lobule de l'oreille gauche, la peau se soulevait en masse et sans présenter de bosselures ; peu à peu, et très-lentement, le lobule lui-même se souleva et fut rejeté en dehors. Jusqu'à il y a dix-huit mois il n'y avait ressenti aucune douleur, et même encore actuellement c'est à peine si, malgré le volume considérable qu'a acquis la tumeur, il y éprouve de la gêne et de très-rares élancements. Cependant cette difformité lui est tellement odieuse, qu'il a voulu depuis longtemps déjà s'en faire débarrasser. Un homme qu'il rencontra dans la rue lui ayant demandé s'il voulait être guéri, il s'empressa de se mettre entre ses mains. Traité pendant deux mois par ce charlatan, qui le cautérisait avec un caustique liquide dont on voit aujourd'hui les traces profondes jusque sur le cou, il finit, dit-il, par comprendre qu'il était exploité, et c'est alors qu'il vint consulter à l'hôpital Saint-Louis.

La région parotidienne gauche est occupée par une tumeur du volume d'une de ces oranges dites *mandarines ;* le lobule de l'oreille est fortement soulevé et rejeté en haut et en dehors ; la branche du maxillaire est propulsée légèrement en avant, et par suite, le menton ne répond plus tout à fait à la ligne médiane ; mais c'est peu sensible. Le soulèvement de la région parotidienne ne se présente point sous l'apparence d'une tumeur arrondie, mais bien d'un cône dont la base occupe toute l'étendue de la parotide en largeur et hauteur, et dont le sommet assez aigu déborde le lobule de l'oreille. La peau qui la recouvre est le siége de cicatrices nombreuses et irrégulières, quelques-unes assez profondes et paraissant avoir intéressé toute l'épaisseur du derme, déterminées par les applications réitérées de ce caustique liquide inconnu dont il a été parlé précédemment. Cette circonstance ne laissera pas que de compliquer l'opération.

Les traits du visage ne paraissent pas, au premier abord, avoir subi des changements très-manifestes; mais en y regardant avec plus d'attention, on ne tarde pas à voir que toutes les branches du nerf facial subissent une légère compression; car quand le malade rit ou fait un grand mouvement des muscles faciaux, il y a une déviation assez sensible à droite. Il règne aussi comme une sorte de stupeur dans la sensibilité de la face à gauche, ce qui paraît indiquer que les filets sensibles qui accompagnent le facial et quelques branches de l'auriculo-temporal participent à cette compression légère.

La tumeur offre partout une résistance et même une dureté assez grande; nulle part on n'y trouve de points fluctuants ou ramollis; excepté dans les endroits où la peau a été détruite par les caustiques, les téguments sont sains et offrent leur coloration normale.

Quand on cherche à imprimer à la tumeur des mouvements de totalité, on reconnaît qu'elle s'enfonce profondément dans le sillon parotidien; mais le doigt indicateur gauche, porté à ce moment jusque dans le pharynx, pour explorer la portion du creux parotidien qui correspond aux parois pharyngiennes, permet de reconnaître qu'elle n'a point encore envahi cette région. A ces différents symptômes, je n'hésite point à diagnostiquer *un chondrome* occupant la majeure partie de la glande parotide, mais dont l'extirpation est cependant parfaitement rationnelle et possible, même sans trop de difficultés, quoique le nerf facial paraisse être compromis.

Le malade, interrogé de nouveau sur les motifs qui le portent à réclamer l'opération, déclare qu'il est un objet de répulsion pour ses camarades, qu'il ne peut trouver d'ouvrage dans aucun atelier, et que, malgré l'absence de douleur, il veut absolument être débarrassé de sa grosseur, dût cette opération mettre sa vie en danger.

Le 25 juillet, l'opération est pratiquée de la manière suivante : un aide soulève le lobule de l'oreille, et d'un coup de ciseaux à bec-de-lièvre je le détache de la tumeur; il en résulte une incision en V dont je prolonge infiniment le sommet par une incision verticale, ce qui lui donne la forme d'une Y. J'ai ainsi deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, que je dissèque successivement. La parotide mise à découvert, je fends les couches superficielles, qui me paraissent saines, pour arriver sur la production pathologique, que je supposais occuper le centre de la glande. Effectivement, après avoir traversé une épaisseur de 7 à 8 millimètres de tissu parotidien à l'état sain, je rencontrai une masse d'un blanc jaunâtre, offrant à la pression une assez grande fermeté, et ayant, au premier abord, eu égard à la couleur et à la consistance, l'apparence des masses ganglionnaires, infiltrées de ce pus concret qu'on confond si souvent avec la matière

tuberculeuse; mais un rapide examen do ce que j'avais sous les yeux me convainquit bientôt que si je n'avais point affaire à un chondrome, l'altération n'était pas non plus de celles que nous connaissons sous le nom d'adénite tuberculeuse des ganglions intra-parotidiens. Effectivement, la matière blanchâtre était très-irrégulièrement disséminée, et nulle part on ne trouvait de ces gaînes celluleuses qui, dans l'adénite parotidienne, isolent l'affection ganglionnaire du tissu parotidien. Au contraire, la matière blanche était comme infiltrée dans le tissu parotidien, si bien qu'il était impossible souvent de savoir, pendant la dissection, si l'on allait au delà ou si l'on restait en deçà de la production morbide. Ce fut même là ce qui rendit l'opération très-longue et très-pénible. Effectivement, arrivé à la partie profonde de la tumeur, celle qui plongeait dans le trou parotidien, je dus sculpter, qu'on me passe l'expression, le tronc du nerf facial et ses branches au milieu de la glande altérée, et je ne pus éviter la blessure du tronc de la carotide externe. Enfin, après une demi-heure de pénible dissection, pendant laquelle le malade fut maintenu dans l'anesthésie, j'ai emporté la totalité de la masse morbide, autant qu'il était permis de s'en assurer, et avec elle une notable portion de la parotide.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses, et trois semaines après le malade entrait à l'asile des convalescents de Vincennes, ne conservant qu'un peu de stupeur dans le côté gauche de la face, et une légère déviation à droite de la lèvre inférieure. Mais la plaie n'était pas entièrement cicatrisée; quelques bourgeons charnus de la grosseur d'un pois sortaient par l'angle de réunion des deux lambeaux à leur sommet, et par là suintait un peu de liquide salivaire. Ces bourgeons ont été et devront encore être réprimés avec l'azotate d'argent. Plusieurs fois déjà, après des opérations de chondrome, j'ai vu pareil phénomène se produire, et jamais la fistulette salivaire n'a persisté au delà de cinq ou six semaines.

L'examen approfondi de la tumeur confirma ce qu'un rapide coup d'œil nous avait permis de reconnaître pendant l'opération. L'altération ne siége pas dans les ganglions, mais bien dans le tissu glandulaire lui-même. On peut reconnaître même à l'œil nu que la matière grisâtre occupe les granulations salivaires; toutes ne sont point envahies au même degré; quelques-unes sont tout à fait blanches, d'autres conservent encore une demi-transparence. Dans quelques points centraux, la matière forme une masse homogène, et au centre de ces masses quelques points semblent plus mous. Outre les masses qui sont dépourvues de toute enveloppe kystique, se voient des vaisseaux.

L'examen micrographique fait quelques heures après par M. Chalvet jeune, anatomiste très-versé en ces sortes d'études, montre que cette

matière blanche, qu'à l'œil nu on aurait pu prendre pour du pus concret ou des tubercules, n'est autre chose que de la graisse, qui se présente sous l'apparence de granulations ayant envahi les cellules ou culs-de-sac glandulaires. C'est ce que l'on peut reconnaître dans les points où l'altération n'a pas encore détruit toute trace d'organisation, car au centre on ne rencontre que des granulations graisseuses. A la périphérie, au contraire, on trouve entre les culs-de-sac envahis par la graisse du tissu cellulaire et du tissu élastique qui n'ont encore subi aucune transformation.

En présence de cette altération singulière, j'ai dû me demander quelle en était la signification.

Et d'abord, avons-nous affaire à une tumeur bénigne ou maligne? A-t-on ou non à craindre une repullulation de la production morbide sur place ou à distance? La solution de ces deux questions, qui à vrai dire peuvent rentrer en une seule, domine toutes celles que peut soulever ce cas singulier, et jusqu'ici, à ma connaissance du moins, sans analogue, à la région parotidienne.

Je me souviens avoir vu dans le service de M. Velpeau en 1841, alors que la micrographie appliquée à la clinique ne faisait que naître en France, un vieillard qui avait dans la région sous-maxillaire une tumeur que notre savant maître crut devoir enlever. MM. Denucé et Lebert, qui suivaient assidûment le service, en firent l'examen micrographique, et il fut déclaré que c'était une tumeur graisseuse ayant beaucoup d'analogie avec celles que M. Velpeau appelait alors *butyreuses* du sein. Quoi qu'il en soit de l'interprétation, le malade guérit de sa plaie; mais quelques mois après il revint avec un commencement de récidive.

Je ne saurais dire, au reste, si ma tumeur parotidienne actuelle présente plus que de l'analogie avec celle du vieillard de la Charité; car ces souvenirs sont un peu lointains; mais je ne puis néanmoins m'empêcher de redouter, non point une infection générale immédiate, mais une récidive sur place. Effectivement, quoique la graisse soit un produit qui n'a rien d'étranger ni de malin pour l'économie, il faut bien se dire cependant qu'elle ne se présente point ici dans le même état qu'à l'état normal, ni même que dans le lipome. Or, même en admettant que par le fait de l'opération nous avons extirpé la production morbide en totalité, nous sommes obligés de convenir qu'il est resté une notable portion de la glande parotide, et qu'on ne voit pas trop pourquoi l'altération graisseuse ne continuerait pas à se développer dans les granulations salivaires jusqu'ici restées saines. A cela, il est vrai, on peut répondre que le canal de Sténon ayant été coupé et détruit dans la plus grande partie de son éten-

due, les granulations salivaires qui restent n'ayant plus aucun débouché, aucune raison d'être, devront s'atrophier d'autant mieux que la suppuration a dû achever la destruction de celles que le bistouri n'avait fait qu'entamer. Nous sommes donc obligés de rester dans le doute, et c'est la suite qui démontrera ce qu'il faut penser de la bénignité de ces infiltrations graisseuses. Le malade sera suivi avec soin; il travaille dans un établissement voisin de l'hôpital Saint-Louis, et j'aurai soin de tenir la Société au courant de ce qui surviendra.

— M. MOREL-LAVALLÉE présente plusieurs pièces :

1° Trois cas d'arthrite sèche avec observation sur le vivant :
2° Un cas de ligature de l'artère carotide primitive ;
3° Une tumeur de la dure-mère.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BÉRAUD.

Séance du 27 août 1861.

Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. TRÉLAT revient sur la présentation qu'il a faite dans la dernière séance. Il a fait des recherches dans les journaux et dans les livres, surtout dans les bulletins de la Société anatomique : il n'a trouvé que deux faits semblables à celui qu'il a présenté. L'un de ces faits a été présenté à la Société par M. Morel-Lavallée en 1857 ; le second a été adressé par M. Denucé en 1858. A ce propos, M. Denucé dit qu'en 1854 il n'avait pu réunir que trois cas concernant cette variété de luxation. — Le malade de M. Morel-Lavallée était un enfant de onze ans ; celui de M. Denucé était une vieille femme. En se fondant sur ces recherches, M. Trélat pense qu'il lui est permis d'affirmer que cette variété de luxation, en dedans et en arrière, est fort rare.

Quant aux moyens de réduction, M. Trélat n'a rien trouvé dans les observations soit de M. Denucé, soit de M. Morel-Lavallée, qui pût lui servir dans cette circonstance.

L'observation de M. Morel-Lavallée s'arrête après la présentation du jeune malade ; M. Denucé se borne à dire que la réduction fut facile.

Pour le cas de la petite fille, M. Trélat a tenu compte de toutes

les indications qui lui avaient été données ; il a fait de nouvelles tentatives en variant les divers modes de réduction, et il n'a rien obtenu.

M. RICHET dit que, pour lui, les luxations du coude en avant sont rares ; mais que les luxations en dedans et en arrière ne sont pas rares au contraire.

Un jour, continue M. Richet, j'allais réduire une de ces luxations, et je la fis voir à M. Denonvilliers, qui me dit alors que c'était presque toujours ainsi qu'on trouvait les prétendues luxations en arrière. Je ne vais pas aussi loin que M. Denonvilliers, mais j'affirme que cette variété de luxations est loin d'être rare.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai observé, pour ma part, au moins quatre cas de luxation en arrière et en dedans ; aussi je partage l'opinion de M. Richet, et je ne les regarde pas comme rares. Si je n'ai pas cru devoir les publier, c'est qu'elles ne m'ont pas paru offrir d'intérêt spécial. Ainsi j'ai observé un fait à la Charité, dans le service de Gerdy, que je remplaçais alors, et dans lequel le cubitus avait presque subi un mouvement de rotation de dedans en dehors sur l'épitrochlée ; j'en ai vu deux autres à Saint-Antoine, et un à l'hôpital Cochin. Quant au fait rappelé par M. Trélat, il était dans les salles de M. Guersant. M. Guersant a repris son service, et je n'ai plus eu le petit malade sous ma direction.

M. TRÉLAT pense que M. Richet accorde trop facilement le nom de luxation en arrière et en dedans aux luxations simplement en arrière, mais dans lesquelles le cubitus est un peu tourné en dedans. M. Trélat spécifie bien la variété de luxation sur laquelle il a appelé l'attention de la Société, et dans laquelle le cubitus est passé sur le bord interne de l'humérus. Il maintient que ces luxations-là sont rares. Il n'a trouvé dans les auteurs que les observations qu'il a rappelées, et il regrette vraiment que M. Morel-Lavallée n'ait pas cru devoir publier les faits qu'il a rencontrés.

M. RICHET ne fait point d'équivoque. Il a bien examiné la petite malade présentée par M. Trélat ; il a parfaitement constaté que le crochet limitant la cavité sigmoïde embrassait bien le bord interne de l'humérus, et surtout l'épitrochlée. Il n'y a donc pas de confusion possible, et M. Richet maintient qu'il a vu d'autres luxations semblables, et que ces luxations ne sont même pas rares.

M. Malgaigne pense qu'il y a peu de luxations en arrière; il y en a pourtant, mais, pour M. Richet, les plus nombreuses sont en arrière et en dedans.

M. MOREL-LAVALLÉE ajoute que c'est peut-être une luxation rare relativement aux autres luxations en dehors ou en arrière, mais non pas rare en donnant à ce mot un sens absolu.

M. VERNEUIL. Je profiterai de l'occasion que me fournit cette discussion pour citer un fait curieux de luxation du coude. Je n'ai pas vu et je n'ai pas rencontré un seul exemple semblable.

Un malade était entré dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, où je remplace M. Denonvilliers, pour une luxation du coude datant de deux jours. On se disposait à réduire cette luxation le lendemain, à l'aide du chloroforme. Le malade, qui était entré dans la journée, effrayé à la pensée d'être endormi, s'est réduit sa luxation lui-même en saisissant la barre de son lit et en tirant ainsi sur son bras. Il existe des exemples de réduction de luxation de l'épaule à la suite de manœuvres du malade ; mais je ne connaissais pas de pareils exemples de réduction pour la luxation du coude.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les numéros 4 et 5 du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique* pour 1861.

— M. le docteur Berchon remercie la Société de l'accueil qu'elle a fait à son *Mémoire sur l'emploi des anesthésiques dans la médecine navale,* et ajoute quelques renseignements nouveaux sur les observations recueillies dans les deux salles d'enseignement des Cliniques chirurgicales de Brest et de Toulon depuis 1847 jusqu'en 1857.

— M. le docteur Lazaréwitch (de Kief, Russie) envoie à la Société plusieurs exemplaires de sa brochure intitulée *Coup d'œil sur les changements de forme et de position de l'utérus ;* Paris, 1862, in-8°.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

1re PIÈCE. — M. PEAN présente une **tumeur de la clavicule** provenant du service de M. Gosselin, et qu'il a examinée avec soin. Il donne les détails anatomiques suivants :

Au mois d'avril 1860, un homme, âgé de trente-sept ans, tombe sur la clavicule et appelle un médecin, qui constate les signes d'une fracture de l'extrémité interne de l'os. Un appareil est appliqué, mais bientôt le cal fait place à une tumeur qui grossit progressivement jusqu'à ce jour. Or tout ce travail s'accomplit sans que le malade éprouve de douleurs sérieuses, et c'est à peine si depuis deux mois il ressent quelques élancements passagers qui s'irradient dans le bras correspondant et jusqu'à l'extrémité des doigts. Depuis deux mois, l'iodure de potassium est administré sans aucun succès.

Le 27 août 1861, c'est-à-dire la veille de l'opération, la tumeur, du volume d'un citron, occupe le tiers interne de la clavicule ; elle est ovoïde, à grosse extrémité voisine de la ligne médiane, et développée uniformément dans tous les sens : en un mot, elle empiète sur les

régions voisines, soulève la peau, le peaucier, le sterno-mastoïdien, le grand pectoral, déborde la fourchette sternale, se rapproche de la trachée sans la déplacer ; tout cela sans que les gros vaisseaux du cou soient sensiblement comprimés. Le toucher distingue en haut, en dehors, en arrière, une portion osseuse continue avec la partie saine de la clavicule, tandis qu'en avant et en bas il reconnaît de petites bosselures molles, séparées par des sillons peu profonds : de ce côté, la tumeur est ferme, mais peu élastique, et cette consistance rappelle mieux celle du tissu fibro-plastique que celle des autres tumeurs des os.

Convaincu de la malignité de l'affection, M. Gosselin procède à l'extirpation de la manière suivante : une incision horizontale, terminée en T à ses deux extrémités, permet d'entreprendre une dissection rendue très-laborieuse par le voisinage des gros vaisseaux de la région ; la clavicule est coupée en dehors, ce qui facilite les manœuvres, et bientôt la tumeur est entre nos mains, sans qu'aucun accident soit survenu pendant la durée de l'opération. L'examen de la tumeur dévoile que celle-ci a pris naissance dans le canal médullaire, et appartient réellement à la classe des tumeurs malignes dites encéphaloïdes ou fibro-plastiques. La trame osseuse a été dilatée en arrière, si bien qu'elle forme une couche compacte peu épaisse à la surface, tandis qu'en avant et en bas cette trame a été détruite par la production morbide, qui est seulement recouverte par une lame mince de tissu cellulaire unissant entre eux les lobules. L'articulation sterno-claviculaire est restée saine ; par contre, il y a de nombreuses adhérences de la tumeur avec les muscles et les vaisseaux placés en arrière de la poignée du sternum, ce qui rend compte des difficultés éprouvées pendant l'opération. A la coupe, on voit que le tissu pathologique se prolonge en dehors dans le canal médullaire beaucoup plus loin qu'on aurait pu le soupçonner pendant la vie.

L'examen microscopique fait avec soin par M. Péan a permis d'affirmer que la tumeur était principalement constituée par l'élément fibro-plastique, de variété nucléaire : en outre, M. le docteur Ordoñiez a trouvé une petite proportion d'éléments accessoires dits médullocelles.

M. GOSSELIN. Je n'ajouterai rien aux considérations anatomiques présentées par M. Péan, qui a bien voulu se charger de l'examen microscopique de la pièce.

Je demande seulement à présenter quelques détails cliniques. Le malade, âgé de trente-huit ans, portait à l'extrémité interne de la clavicule droite cette tumeur, qui était arrondie, non pulsatile, légèrement bosselée, très-dure et non élastique à sa partie supérieure

et postérieure, qui se prolongeait très-loin en arrière et semblait menacer d'une compression prochaine la trachée-artère, un peu moins dure et quelque peu élastique en bas et en avant. La peau glissait partout sur elle, et elle était assez mobile au niveau de l'articulation sterno-claviculaire pour qu'on pût la croire libre d'adhérences avec les parties molles circonvoisines.

Je me demandai tout d'abord si nous avions affaire à une tumeur bénigne ou maligne. Or, les caractères physiques étant ceux de l'enchondrome et de l'exostose, j'inclinai d'abord vers cette double lésion, et avec d'autant plus de raison que le mal, d'après les commémoratifs, paraissait avoir pour origine une fracture et un cal. Je fis cependant mes réserves sur ce diagnostic, car la tumeur était arrivée au volume d'une petite orange dans l'espace de quinze mois; accroissement un peu rapide pour une tumeur bénigne, et plus en rapport avec ce que nous observons dans les tumeurs cancéreuses. En outre, depuis quelque temps, il s'était développé au côté droit et au bas du thorax, une douleur sans gonflement, que j'ai attribuée à une névralgie, mais pour laquelle l'idée d'un cancer costal commençant s'est présentée à mon esprit.

Bref, une tentative de traitement par l'iodure de potassium et l'application locale de l'emplâtre de Vigo ayant échoué, la tumeur s'étant même accrue sous mes yeux, et quelques douleurs irradiées le long du bras tourmentant le malade, je proposai et je fis ce matin même la résection de l'extrémité interne de la clavicule.

Après avoir mis la tumeur à découvert au moyen de l'incision en T à deux têtes, et avoir scié la clavicule vers sa partie moyenne avec la scie à chaîne, je me mis en devoir de désarticuler l'extrémité interne de l'os formée par la tumeur. Là je trouvai plus de résistance que ne me l'avait fait prévoir la mobilité de la tumeur, et je dus, pour agir avec sécurité, opérer par déchirement et enlever la portion la plus considérable, en laissant la surface articulaire de l'os avec une notable quantité de tissu morbide; mais lorsque je me mis en devoir d'enlever ce reste du mal, je reconnus qu'il avait quelques adhérences avec les parties molles rétro-sternales et rétro-claviculaires. Je ne voyais pas distinctement les muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien, mais je voyais la fin de la jugulaire interne droite, le commencement de la veine sous-clavière, et il était évident que je disséquais sur le tronc veineux brachio-céphalique gauche. Il va sans dire que je multipliai les précautions. A force de soins, je pus enlever la plus grande partie de ce qui restait; mais une portion grosse comme un pois environ m'a paru tellement adhérente au voisinage du tronc veineux, que je me suis décidé à le laisser en place.

En ce moment, la nature fibro-plastique et nullement cartilagineuse de la tumeur dans les points où elle n'est pas osseuse, les adhérences qu'elle avait prises avec les couches rétro-claviculaires en les envahissant, le souvenir du développement rapide dont nous parlions tout à l'heure, tout me fait penser que j'ai eu affaire à une de ces tumeurs cancéreuses des os qui, pendant une certaine période de leur formation, ont des caractères cliniques semblables à ceux de l'exostose, de l'enchondrome et de la tumeur à myéloplaxes.

M. FOLLIN a enlevé une tumeur un peu plus dure que celle-ci, paraissant fibreuse, et plantée sur la partie externe de la clavicule. M. Velpeau a vu cette malade. L'opération fut facile; M. Follin enleva aisément en fendant les parties molles dans le sens de la clavicule, et faisant à la partie externe une incision perpendiculaire à celle-ci. Un an après, il y avait récidive.

M. CHASSAIGNAC cite une opération de Remmers, qu'il a déjà rappelée à l'occasion d'une petite malade présentée par M. Marjolin. Il ajoute que si dans de telles opérations on ne sciait pas d'abord la clavicule comme a fait M. Gosselin, il serait presque impossible de terminer l'opération, et l'on s'exposerait à blesser presque infailliblement les gros troncs vasculaires artériels ou veineux, que M. Gosselin a pu éviter parce qu'il avait d'abord coupé la clavicule.

M. HOUEL. L'aspect de la coupe de la tumeur est celui du tissu fibro-plastique nucléaire. C'est un tissu qui est bien voisin du vrai cancer. Gerdy l'aurait appelé *cancer térébrant*. Gerdy a décrit une forme de cancer qui débute dans le canal médullaire. Or la fracture qui s'est faite si facilement chez le malade de M. Gosselin ne pourrait-elle pas s'être produite sur un os déjà profondément malade? et ne doit-on pas songer de suite à cette variété de cancer sur laquelle Gerdy a insisté? Sur cette pièce, continue M. Houel, le canal médullaire est plein de ce tissu fibro-plastique nucléaire, et j'ai grand'peur que le trait de scie n'ait porté en plein cancer.

2e PIÈCE. — **Enchondrome de la région mammaire simulant une énorme tumeur du sein chez l'homme. — Opération. — Guérison.** — M. MOREL-LAVALLÉE. Je vous ai présenté récemment une tumeur sur la nature de laquelle tout le monde a été d'accord.

Au lieu de publier le commencement de l'observation avec la description de la pièce, j'ai attendu. Il m'a paru que j'entrais dans la pensée de la Société en donnant le fait dans son ensemble, plutôt que de le jeter par tronçons dans les *Bulletins*.

Le 24 juillet 1861 est entré à l'hôpital Necker le nommé Louis-François F..., âgé de trente-cinq ans, journalier, demeurant à Marche-Maisons (Orne).

Pas d'antécédents héréditaires, pas de maladies antérieures, constitution sèche et moyenne. Dès la naissance, le sein gauche était plus gros que le droit. Du plus loin qu'il puisse se souvenir, le sein gauche était gros comme le poing, et il avait conservé ce volume jusqu'à deux mois et demi environ, sans jamais être le siége d'aucune douleur.

A cette époque, ce sein commença à prendre un développement assez rapide, et il offre aujourd'hui le volume de la tête d'un enfant de quatre ans. Il a la forme d'un sein de femme bien développé, ferme, sauf une bosselure à sa partie supérieure et antérieure, qui en détruit la régularité.

Etat actuel. — Cette tumeur est sans changement de couleur à la peau, parfaitement limitée, glissant aisément sur sa base dans tous les sens; elle est dure, très-dure, comme une tumeur fibreuse; à surface unie, à peine interrompue çà et là par quelques petites bosselures; indolente sous la plus forte pression. Nous avons parlé de la grosse bosselure qui se trouve en avant dans sa partie supérieure; point de ganglions lymphatiques engorgés. La dureté est plus considérable que celle d'une hypertrophie du sein. Cette considération, ainsi que l'absence de douleurs et d'engorgement des ganglions lymphatiques, établissent pour moi qu'il s'agit d'un fibrome ou d'un enchondrome. L'état général est très-satisfaisant.

Pour déterminer plus exactement le siége de la tumeur par rapport aux muscles, le malade contracte le grand pectoral, et on s'assure aisément que la partie supérieure de ce muscle passe au-devant de la tumeur, ce qui devient plus évident encore par la galvanisation. Cette électrisation démontre de plus que toute l'étendue du muscle passe au-devant de la tumeur, ce que ses contractions volontaires n'avaient pu mettre hors de doute. La tumeur est derrière le grand pectoral, donc elle est indépendante de la glande mammaire.

Opération le 31 juillet. — Incision courbe commençant en haut, à l'extrémité de l'axe de la tumeur, contournant la tumeur en dehors, et venant se terminer en dedans et au-dessous de l'extrémité inférieure de son axe, de façon que le milieu de sa courbure fût le point le plus déclive dans le décubitus dorsal, c'est-à-dire favorablement placé pour l'écoulement du pus.

La dissection n'a offert aucun incident notable que l'adhérence intime de la tumeur avec le grand pectoral, qu'on a été obligé de sacrifier en partie, et le défaut d'adhérence dans les couches sous-jacentes dont le petit pectoral faisait partie. La tumeur a été disséquée de bas en haut, soulevée sur son sommet, et finalement détachée par

ce point. — Réunion à l'aide de serre-fines et de bandelettes de taffetas transparent interposé aux serre-fines.

La tumeur a été présentée le jour même à la Société de chirurgie. Elle est constituée de la manière suivante :

Elle est entourée çà et là inégalement par des bandelettes moniliformes, dont une se prolongeait très-avant sous la clavicule. Les renflements de ces bandelettes, qui se trouvent quelquefois isolés, ressemblent assez à des robins de coq. Toute l'enveloppe de la tumeur est formée par une coque fibreuse assez mince. La coupe de la masse ressemble assez bien à celle d'une coupe de buis ; à la circonférence, des tranches rondes, des renflements moniliformes dont nous avons parlé, et dont le diamètre varie depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'une pièce de 50 centimes; au centre, de petits dessins aréolaires irréguliers, jaunâtres ; dans certains points, au centre, une espèce de bouillie jaune rougeâtre, ressemblant assez bien à de l'encéphaloïde ramolli, et qui n'est au fond formée que par les débris de la tumeur ramollie. Renflements, cloisons, tout est cartilagineux. Le centre, qui forme la partie la plus fine, présente le tissu cartilagineux sous des aspects différents : les cloisons sont jaunâtres, le centre un peu transparent : on dirait un cartilage en voie d'ossification, mais pour l'apparence seulement ; les cloisons, à part la couleur, offrent la même souplesse que les petits espaces translucides qu'ils renferment.

La partie centrale ramollie s'approche très-près de la circonférence de la tumeur, et c'est de là que se sont épanchées pendant l'opération quelques gouttes d'une sérosité louche contenant des grumeaux jaunâtres, qui n'étaient évidemment autres que des débris dont nous avons parlé précédemment.

Il s'agit donc, en réalité, d'un enchondrome de la région mammaire placé entre les deux muscles pectoraux, enchondrome dont le centre était non pas dégénéré, mais ramolli.

L'impression qui m'est restée de la dureté presque osseuse de la tumeur me porterait, dans un cas analogue, à me prononcer plus franchement pour un enchondrome.

Le premier pansement, fait le troisième jour de l'opération, montré que la réunion immédiate a manqué au centre de la grande incision demi-circulaire, dans une certaine étendue. Par là était sortie une sérosité rougeâtre, assez abondante pour imbiber tout l'appareil. Le lambeau était soulevé au milieu par un notable épanchement de sang, avec lequel quelques bulles d'air étaient restées emprisonnées, car il y avait du gargouillement.

Les jours suivants, un liquide chocolat s'écoula par le milieu de la plaie, et tout le foyer se vida bientôt par ce point que j'avais fait

le plus déclive. Uno compression douce fut établie sur le lambeau pour en favoriser le recollement. Le malade, soutenu par l'espérance de sa guérison, y marcha avec une merveilleuse rapidité, sans guère se plaindre que de la chaleur tropicale qui régnait alors.

Le 16 août, le dix-septième jour de son opération, il est sorti guéri et est reparti pour son pays.

Ce fait intéressant prête à plusieurs remarques ; il faut noter :

1° La rareté de l'enchondrome dans cette région, puisque les auteurs et M. Velpeau lui-même n'en citent aucun exemple ;

2° L'utilité et quelquefois la nécessité de l'électrisation pour déterminer exactement le siége sus ou sous-musculaire des tumeurs ;

3° La disposition moniliforme de petits enchondromes qui formaient chapelet autour de la tumeur principale, surtout à son sommet, où cette espèce de corde à nœuds se prolongeait jusque sous la clavicule, et qui en avaient imposé pour des kystes à des chirurgiens habiles ;

4° L'avantage de découvrir la tumeur en taillant un lambeau demi-circulaire dont la base adhérente occupe les points élevés, et son bord libre les points déclives ;

5° Le bonheur avec lequel le malade a échappé à une épidémie d'érysipèle au milieu de laquelle j'ai été obligé de l'opérer ; il venait de loin, et ses moyens ne lui permettaient pas de prolonger son séjour à l'hôpital.

Je l'avais isolé dans la salle des maladies des yeux, et il a échappé à l'érysipèle.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

DE L'EMPLOI MÉTHODIQUE DES ANESTHÉSIQUES,

et principalement du chloroforme,

A l'aide de l'appareil réglementaire dans le service de santé de la marine (1).

Par M. BERCHON,

Chirurgien de 1re classe de la marine, chef des travaux anatomiques de l'Ecole de médecine navale de Rochefort.

Les hôpitaux de la marine furent promptement pourvus des appareils d'inhalation inventés au début de l'application de l'éther comme moyen de prévenir la douleur pendant les opérations; on se servit

(1) Voir la discussion à ce sujet, pages 464, 465 et sq.

d'abord de l'appareil de Charrière, mais on l'abandonna bientôt pour des moyens plus commodes, moins compliqués, plus sûrs et mieux disposés pour un effet rapide.

MM. Marcellin Duval, à Brest, Jules Roux, à Toulon, inventèrent alors, chacun de leur côté, deux instruments d'inhalation : le premier, une double vessie réunie par un tube métallique pourvu d'un robinet et soutenue par un ressort spiroïde au centre duquel se plaçait dans la vessie inférieure une éponge préalablement chauffée (1); le second, un sac ordinaire muni de cordons propres à le fermer et d'une ouverture destinée à rester constamment ouverte pour l'arrivée de l'air extérieur.

Une soupape remplissait le même usage dans l'appareil de M. Duval (2).

Roissard, coutelier de Brest, imagina également un instrument d'inhalation à cuvette; M. Bretel, chirurgien de la marine, un autre mode d'administration dont je n'ai pu retrouver la description exacte; mais on revint, après quelques expériences, aux procédés de MM. Duval et Roux, qui furent employés dans une cinquantaine d'opérations et fournirent les meilleurs résultats.

Ils avaient tous deux l'avantage de permettre de doser les liquides employés, de favoriser le mélange de leurs vapeurs avec l'air extérieur, d'être facilement transportables, de laisser libres les ouvertures du nez et de la bouche, et de permettre enfin de surveiller les divers symptômes que présentent les yeux et la face pendant l'anesthésie; mais M. Reynaud, alors premier chirurgien en chef à Brest, mit en pratique peu après un moyen plus simple que les premiers, qui ne tarda pas à les remplacer (au moins comme méthode générale), et qui est devenu réglementaire depuis quelques années à bord des bâtiments de l'Etat.

C'est sous l'influence de l'anesthésie produite à l'aide de l'appareil de M. Reynaud qu'ont été pratiquées le plus grand nombre des opérations que nous énumérerons bientôt; nous espérons pouvoir démontrer que cet appareil est réellement préférable aux moyens qui ont été successivement proposés, tels que le mouchoir, la serviette,

---

(1) L'éther était versé dans la vessie inférieure.

(2) Voir, pour de plus amples détails sur l'appareil de M. Marcellin Duval, le texte et la planche A de son *Atlas général d'anatomie descriptive, topographique, etc., et de médecine opératoire*. Paris, J. B. Baillière, 1855.

Pour l'appareil de M. Jules Roux, l'*Union médicale* de 1847, p. 326 et 345.

l'éponge ou la compresse roulée, et surtout qu'il est supérieur en avantages aux cuvettes, flacons, ou tubes à embouchures métalliques ou autres, simples ou doubles des appareils Charrière, Cloquet, Lüer, Snow, Duroy, etc.

Les instruments proprement dits d'inhalation auront toujours contre eux leur volume, qui devient une véritable gêne dans la pratique usuelle, leur prix assez élevé, leur mécanisme plus ou moins compliqué et susceptible de dérangement.

On peut reprocher aussi à quelques-uns d'entre eux la difficile adaptation de leur embouchure à l'entrée des voies respiratoires, la présence même de cet embout pour certains sujets, et la gêne extrême qui résulte de la nécessité où l'on place les opérés de respirer exclusivement par la bouche, le nez se trouvant fermé par une pince, ce qui change complétement les conditions d'une respiration normale.

On peut même ajouter parmi leurs inconvénients le peu de commodité ou l'embarras de leur maintien près du champ de l'opération et pendant sa durée.

Procédé réglementaire d'inhalation du chloroforme dans la médecine navale. — Rien de plus simple, au contraire, que l'appareil devenu réglementaire dans la marine, ou, pour mieux dire, que le moyen à l'aide duquel s'administrent dans nos hôpitaux les vapeurs anesthésiques.

Il consiste dans un cornet de carton peu épais dont la base est largement ouverte pour embrasser exactement les deux saillies du menton et du nez, de manière que les narines et la bouche occupent sa partie moyenne.

Ce cornet présente à la partie supérieure de sa large circonférence une sorte de bec destiné à se mouler sur le sommet et les faces latérales de l'éminence nasale, ce qui rappelle tout à fait la disposition de l'éprouvette des expériences de chimie.

Il est naturellement conique dans son corps, tronqué au-dessous de son sommet, et pourvu en ce point d'une ouverture terminale d'environ 4 centimètres de diamètre, tandis que sa base, plus large, mesure environ 14 centimètres dans sa plus grande dimension.

Sa longueur totale est de 14 ou 15 centimètres; sa capacité intérieure est divisée à 9 centimètres de la grande ouverture par un diaphragme à surfaces planes cousu ou collé aux parois internes du carton, et percé circulairement à sa partie moyenne d'une ouverture exactement égale à celle qui correspond au sommet tronqué.

Le pourtour de sa large ouverture est garni de molleton épais pour rendre plus facile et plus immédiate son adaptation aux surfaces avec

lesquelles il doit être en contact, et pour s'opposer aussi d'une manière plus efficace à la perte des vapeurs anesthésiques ou à leur arrivée sur la conjonctive, ce que la disposition du bec supérieur a aussi pour but d'éviter.

Le diaphragme est lui-même formé de deux ou trois rondelles de molleton rendues résistantes par quelques points d'aiguille, et est destiné à recevoir l'éther ou le chloroforme qu'on verse sur sa surface la plus large.

Ce diaphragme remplace à merveille l'éponge simple ou creuse et la charpie de certains appareils, par sa facilité d'absorption pour les liquides ainsi que par l'étendue des surfaces d'évaporation, dues à la nature du tissu ; mais il présente sur elles l'avantage marqué d'une ouverture centrale, dont le diamètre a été calculé approximativement au double de celui du canal qui sert à la respiration.

L'ensemble de ces dispositions, si simples et à la fois si ingénieuses, remplit à notre avis toutes les conditions exigées par les divers chirurgiens qui ont pris la parole dans les discussions académiques.

Le cornet réunit en effet :

1° La simplicité extrême de l'appareil qui, par un mécanisme rappelant celui des chapeaux Gibus, ou par un aplatissement latéral, peut être réduit au volume d'un petit portefeuille.

2° L'application facile, sans compression ou gêne au pourtour des ouvertures extérieures du nez et de la bouche, qui restent d'ailleurs parfaitement libres.

3° L'évaporation commode des vapeurs à une distance assurée et convenable de ces ouvertures, de manière à éviter toute suffocation et tout contact irritant des liqueurs anesthésiques.

4° L'arrivée prompte de vapeurs *constamment mélangées d'air*, condition éminemment favorable pour l'action rapide comme pour l'innocuité de l'éther et du chloroforme.

5° La surveillance aisée des symptômes fournis par l'appareil de la vision et spécialement par les pupilles, pendant toute la durée des opérations, ce que d'autres procédés ne permettent pas.

6° La suspension facile de l'inhalation, si le but qu'on se propose est atteint, ou si telles circonstances viennent en contre-indiquer la continuation.

7° Le cornet est enfin d'une construction tellement élémentaire, qu'il suffit d'avoir sous la main une feuille de carton ou de papier un peu fort, et un morceau de drap ou de tissu laineux, pour le confectionner en quelques points d'aiguille.

C'est à tous ces avantages que l'appareil que nous venons de décrire doit d'avoir été promptement accepté par les chirurgiens de

Brest, qui l'ont porté en Crimée et dans les stations les plus lointaines.

M. le docteur Laforgue a fait connaître, dans sa communication à la *Gazette des Hôpitaux*, avec quel empressement il avait été adopté soit dans les ambulances françaises, soit par les chirurgiens anglais auxquels il avait été présenté dans une séance de la Société de médecine et de chirurgie de l'armée anglaise, par M. le docteur Wyatt, du deuxième régiment des gardes de la reine (1).

Nous l'avons fait connaître nous-même (2) en plusieurs ports de l'Amérique et des mers du Sud, et l'expédition actuelle de Chine le popularisera ainsi dans les contrées les plus reculées.

Je dois rappeler enfin que M. le docteur Brochin l'avait signalé dès l'année 1857, en le recommandant comme l'un des moyens les plus simples et les plus efficaces proposés jusqu'alors (3).

Cet appareil a été mis en usage un nombre immense de fois dans la marine et dans l'armée *avec un succès constant*. M. le docteur Laforgue, médecin militaire, a fait connaître à lui seul plus de cinq cents faits recueillis en Crimée sur les blessés français ou anglais. Beaucoup d'autres ont été observés à Cherbourg, dans nos colonies, dans toutes nos stations navales, dans les guerres d'Italie et de Cochinchine.

Nous aurions donc pu, en faisant appel au souvenir de nos collègues de la marine et de nos confrères de l'armée, dresser une liste presque interminable. Mais nous n'avons voulu nous servir ni de ces documents ni de nos notes personnelles. Nous avons préféré nous borner à des documents moins nombreux, mais revêtus d'un caractère authentique et en quelque sorte officiel. Tous les faits d'anesthésie des services chirurgicaux de Brest et de Toulon sont inscrits en détail, sous forme d'observations, sur des registres spéciaux. M. Ange Duval, alors chef de clinique chirurgicale et actuellement chirurgien en chef au port de Brest, a écrit lui-même les premières observations sur le registre de l'hôpital de Brest. Les autres ont toujours été rédigées par les chefs de clinique ou par les prévôts de chirurgie de Brest ou de Toulon. Ces observations forment donc deux séries complètes. Elles sont au nombre de 296 ; 24 sans résultats, etc.

Les observations qui servent de base à notre travail sont au nom-

(1) *Gazette des Hôpitaux ;* 1857, n° 91, p. 363.

(2) Voir notre *Relation médicale d'une campagne aux mers du Sud*. Paris, 1858, in-4°, p. 77.

(3) *Gazette des Hôpitaux ;* 1857, n° 93, p. 370.

bre de 296 ; 24 relatives à l'administration de l'éther et 272 à celle du chloroforme; 174 de ces dernières ont été rassemblées dans la salle de clinique chirurgicale de l'hôpital maritime de Brest, et 98 dans le même service à Toulon.

La date la plus ancienne des premières remonte au 20 mai 1847 ; celle des secondes, au 2 décembre de la même année, et toutes ont été recueillies avec le plus grand soin, grâce sans aucun doute à la bonne direction qui avait présidé dès le début à leur rédaction, commencée, comme je l'ai déjà dit, par M. Ange Duval.

Sur ces 272 chloroformisations, 230 ont été faites au moyen de l'appareil réglementaire de la marine qui a été décrit plus haut.

Voici maintenant le tableau des 296 cas d'anesthésie consignés en détail sur les registres de Brest et de Toulon.

1° Les *amputations* y figurent en première ligne au nombre de 60 (23 à Toulon et 37 à Brest).

	14	pour la cuisse, dont une par l'éther.
	9	pour la jambe, dont une par l'éther.
	10	pour le bras.
	1	pour l'avant-bras.
	2	tibio-tarsiennes.
	1	partielle du pied.
	1	partielle de la main (ablation de 4 doigts).
	2	métatarso-phalangiennes.
	2	d'orteils, dont une par l'éther.
	18	de phalanges dans la continuité ou la contiguïté, dont trois par l'éther.
Total. . .	60	

2° Les *résections* ne comptent que trois cas empruntés à la clinique de Toulon.

	1	de l'humérus dans un cas de fracture non consolidée.
	2	du fémur pour conicité du moignon et saillie de l'os à la suite de pourriture d'hôpital. Toutes pratiquées sous l'action du chloroforme.
Total. . .	3	

3° Les *réductions de luxations* sont plus nombreuses et s'élèvent au chiffre de 27 (12 à Toulon, 15 à Brest).

2 de l'articulation coxo-fémorale.
17 de l'articulation scapulo-humérale, dont une par l'éther.
6 de l'articulation huméro-cubitale.
1 de l'articulation radio-carpienne.
1 de phalanges, par l'éther.

27

Et je dois noter en passant que six luxations scapulo-humérales et deux luxations huméro-cubitales étaient anciennes et dataient les unes de plus de quinze jours, et d'autres de plus d'un mois (1).

4° L'anesthésie a également servi à la *réduction et à la coaptation de sept fractures* observées à Brest.

2 du col du fémur.
2 de l'extrémité inférieure du même os.
1 du col huméral.
2 de jambe, dont une par l'éther.

7

5° On y a eu recours pour pratiquer trois *contre-ouvertures et extractions de balles* à la suite de plaies d'armes à feu, et surtout :

6° Dans les cas de *cautérisation*, qui montent à 74 ; 24 dans lesquels de six à quinze raies de feu ont été tracées à la surface de tumeurs blanches, et 50 où l'on s'est borné à des cautérisations ponctuées simples ou multiples, employées dans le traitement de :

8 bubons.
1 adénite axillaire.
6 chancres.
11 ulcères.
14 arthrites.
2 névralgies.
6 caries.
1 fistule anale.
1 chute du rectum.

50

(1) J'ai personnellement réduit, de concert avec mon ami le docteur Churchill, à Guayaquil (Equateur), une luxation scapulo-humérale datant de dix mois, après plusieurs séances de chloroformisation, où le cornet avait été employé. Le sujet était un athlétique matelot américain.

7° Pour les maladies diverses des organes génito-urinaires ou de l'ouverture anale, nous avons trouvé dans notre analyse 52 opérations (14 à Toulon, 38 à Brest).

1 de phimosis.
5 de paraphimosis.
13 de circoncision.
3 de cathétérisme et d'exploration de la vessie.
1 de cautérisation pour rétrécissement uréthral.
3 de castration, dont 2 par l'éther.
1 d'hydrocèle.
1 d'hydrosarcocèle.
1 d'ablation de testicule cancéreux.
4 d'excision de végétations sur la surface du gland ou à la marge de l'anus.
18 de fistule anale, dont 2 par l'éther.
1 d'incisions pour abcès urineux, par l'éther.

52

8° J'ai compté 8 opérations de hernies :

7 où le taxis, aidé des anesthésiques, a réussi.
1 où la herniotomie a été pratiquée à Brest.

8

9° 4 tailles ont été faites sous l'influence du chloroforme, à Toulon.

2 médio-latéralisées.
1 médiane.
1 par le procédé de la boutonnière.

4

10° On a enlevé 16 tumeurs (3 à Toulon, 13 à Brest).

3 cancers, dont un par l'éther.
3 squirrhes.
5 kystes divers.
1 ganglion.
4 lipomes.

16

11° Parmi 23 opérations de nature variable, nous avons noté (8 à Toulon, 15 à Brest).

12 extractions d'ongles et cautérisations d'onyxis.
1 suture du tendon d'Achille, divisé par une herminette.
4 débridements d'ulcères calleux.
1 destruction d'adhérences cutanées étendues.
2 applications de séton à la nuque, par l'éther.
1 massage d'entorse.
1 ligature de la crurale pour anévrysme traumatique faux consécutif.
1 cautérisation pour aphonie, par l'éther.
———
23

12° Dans 11 cas enfin (6 à Toulon, 5 à Brest), on a cherché à obtenir la résolution de

2 ankyloses incomplètes.
2 tétanos.
7 contractures permanentes de muscles de la jambe ou du coude, dont 3 simulées (une par l'éther).
———
11

Les anesthésiques sont appelés à rendre des services tout spéciaux à la médecine militaire dans quelques-unes de ces dernières affections, exploitées par des soldats ou des marins dans le but de se soustraire à l'obligation du service de l'armée ou de la flotte.

En résumé, notre analyse a porté sur :

60 amputations.
3 résections.
27 réductions de luxations.
7 coaptations de fractures.
3 extractions de balles par contre-ouvertures.
74 cautérisations transcurrentes ou ponctuées.
52 opérations pour maladies diverses des organes génito-urinaires et de l'ouverture anale.
8 hernies.
4 tailles.
16 ablations de tumeurs.
23 maladies diverses.
11 contractures permanentes réelles ou simulées, soit :
———
288 opérations diverses auxquelles nous devons joindre

8 éthérisations ou chloroformisations d'essai, dont les sujets étaient le plus souvent des étudiants en médecine ; ce qui en a fait conserver avec soin les détails parmi un grand nombre d'expériences du même genre qui ne sont indiquées qu'en abrégé.

296

La majorité des opérés étaient des adultes, bien qu'un nombre assez considérable eussent dépassé quarante ans.

Plusieurs comptaient de soixante à soixante-dix ans, tandis que d'autres, tels que les novices et les mousses, en atteignaient à peine seize; six n'avaient même que dix ans.

Toutes les professions militaires ou civiles de nos ports étaient du reste représentées depuis les officiers supérieurs jusqu'aux ouvriers, soldats et matelots en activité de service ou retraités.

Suite immédiate des inhalations. —Les suites ont été constamment heureuses.

Dans le plus grand nombre des cas, aucun accident n'est venu compliquer l'action du chloroforme.

La circulation, ralentie d'une manière sensible par l'administration des doses répétées, et dans les cas de prolongation extraordinaire des opérations, a souvent conservé pendant toute leur durée l'ampleur et le nombre des pulsations notées au début de l'inhalation.

Sa dépression ou son ralentissement, quelquefois rapides, n'ont jamais atteint de limites dangereuses.

Il en est de même de l'état de la respiration, qui, fréquemment accompagnée de ronflement, a été trois ou quatre fois seulement stertoreuse; il n'a jamais inspiré d'inquiétudes.

La dilatation de la pupille a promptement cessé lorsqu'elle s'était montrée, et les autres symptômes de la période de déclin des chloroformisations ont été si peu graves, que j'aurais presque pu les passer sous silence.

On a noté néanmoins des exemples de persistance de loquacité et de gaieté désignés généralement sous le nom d'*ivresse de retour*, 7 fois.

Un officier du commissariat auquel on avait enlevé un lipome a présenté ce phénomène à un haut degré, et déclarait, après avoir repris toute sa connaissance, qu'il lui était impossible de modérer un bavardage incessant.

14 fois sont survenus quelques vomissements ou nausées; la cé-

phalalgie, notée 8 fois, ne s'est pas prolongée au delà de quelques heures, et les symptômes les plus durables ont été la pâleur de la face, la tendance à la somnolence, l'apparition de sueurs abondantes et froides, l'hébétude et l'engourdissement, signalés 15 fois.

Dans deux cas, enfin, la sensibilité a été considérablement exaltée, au point de constituer un véritable état d'éréthisme nerveux chez un sujet très-affaibli, amputé de la cuisse pour tumeur blanche. La fréquence du pouls avait été jusqu'à 144 pulsations pendant la chloroformisation.

En général, tous ces symptômes, parfois associés, se sont très-rapidement dissipés dans les premières heures qui ont suivi les inhalations; ils n'ont duré plus d'un jour que deux fois.

La répétition des séances n'a point présenté de phénomènes plus accusés ou de résistance particulière.

Dix-neuf malades ont été soumis à intervalles plus ou moins éloignés, ou quelquefois dans les vingt-quatre heures, à deux ou trois inhalations, sans qu'aucun danger vînt engager à les cesser; l'un d'eux a même subi quatre chloroformisations en moins de quarante-huit heures (taxis en herniotomie).

Plusieurs de nos malades ont subi la même action quatre, six et huit fois sans inconvénient à quelques jours de distance, en raison de la nature de certaines opérations (cautérisations, réduction de luxations anciennes).

Ce n'est qu'après trois séances très-prolongées que le docteur Churchill et moi avons pu ramener la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde, dans le cas de luxation datant de dix mois que nous avons cité.

Séance du 4 septembre 1861.

Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. GIRALDÈS revient sur la petite malade présentée par M. Trélat. Cette enfant est dans son service, à l'hôpital des Enfants ; et il pense qu'outre la luxation il y a une fracture de l'extrémité articulaire de l'humérus. Cette complication expliquerait la difficulté de réduction que M. Trélat a rencontrée. M. Giraldès ajoute qu'il a reçu aujourd'hui même une autre enfant,

atteinte comme la première de luxation du coude, et que chez l'une comme chez l'autre il a trouvé des traces d'ancienne fracture.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Les journaux de la semaine.

2° Deux lettres, l'une de M. Broca, l'autre de M. Legouest, demandant un congé. (Renvoi à la commission des congés.)

— M. Giraldès présente, de la part de M. Prescott-Hewet, le second volume d'un système de chirurgie ; et de la part de M. Jonathan Hutchinson un travail intitulé : *Influence de la syphilis congénitale sur la forme des dents*. (Renvoi à M. Cullerier.)

— M. le président remercie M. Giraldès, et le prie de vouloir bien être l'interprète de la Société auprès de ces auteurs.

— M. le président communique une lettre de M. le docteur Kuhn, avec un envoi :

1° D'une observation de *luxation traumatique de l'extrémité inférieure du cubitus gauche sur la face antérieure du radius, par cause directe, et suivie de réduction.*

2° Une observation de *bifidité du pouce de la main droite, etc., et amputation du pouce externe.* (Renvoi à M. Désormeaux.)

— M. le président donne lecture d'une observation de M. Kuhn.

— M. Larrey offre à la Société une *Notice sur le perfectionnement du matériel des ambulances volantes*, par M. Henri Arrault.

RAPPORT.

M. HOUEL lit le rapport suivant, sur un travail communiqué par M. Dolbeau dans l'une des séances précédentes, et qui traite d'une variété d'arthrite :

Messieurs, dans une de vos dernières séances, M. Dolbeau, chirurgien du Bureau central, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, vous a lu un travail intitulé : *Mémoire sur une variété d'arthrite*. Une commission, composée de MM. Guersant, Richet, et Houel, rapporteur, a été chargée de vous rendre compte de ce travail.

Les lésions chroniques des articulations, malgré les nombreux travaux dont elles ont été l'origine, sont encore loin d'être complétement élucidées : tous les chirurgiens seront certes de mon avis ; un des plus éminents, un de ceux qui se sont le plus occupés des lésions articulaires, disait encore dernièrement à sa clinique qu'il n'existait point de lésions dont l'origine et la nature laissassent autant à désirer. Nous devons donc savoir gré à M. Dolbeau d'avoir touché un point aussi important de la pathologie chirurgicale.

M. Dolbeau, dans son travail, s'est borné à l'étude d'une variété des lésions articulaires, celle qui est aujourd'hui généralement désignée sous le nom d'*arthrite sèche*. Par une bizarrerie assez singulière, le symptôme sur lequel l'auteur a plus spécialement attiré votre attention, c'est *l'hydropisie de l'articulation avec dislocation ligamenteuse*.

Un de nos collègues, entendant cette lecture, s'étonna fort de cette qualification d'*arthrite sèche* donnée à une lésion qui se trouvait précisément caractérisée par une hydropisie articulaire. M. Dolbeau devant faire jouer un rôle important à l'hydarthrose, dès le début de son travail, blâme aussi cette expression, mais tout en reconnaissant cependant qu'il ne s'agit point dans cette forme de lésion d'une tumeur blanche ordinaire; et n'étant point plus heureux que ses devanciers, il n'ose créer pour cette maladie une qualification qui lui convienne mieux.

L'arthrite sèche n'est point une lésion qui ait été nouvellement décrite; elle était désignée sous le nom d'*arthrocace*, et M. Cruveilhier lui avait donné le nom d'*usure articulaire*, caractère anatomique emprunté à une altération spéciale des surfaces articulaires, os et cartilage, et qui indique aussi que dans l'esprit du savant professeur d'anatomie pathologique cette altération n'était point le plus souvent accompagée d'accumulation de liquide dans l'articulation. C'est en 1847 et 1848 que M. Deville insista pour appliquer plus spécialement à cette lésion le nom d'*arthrite sèche*, expression qui a été souvent critiquée, et qui me paraît cependant devoir être conservée jusqu'à ce qu'une dénomination plus heureuse soit proposée.

En effet, Messieurs, si dans cette forme de lésion on observe quelquefois des épanchements articulaires, le plus souvent ils ne sont qu'un accident de la maladie, ils n'en constituent point le symptôme le plus important. Ils manquent même souvent dans toutes les périodes de l'évolution de cette lésion articulaire, et les faits que nous a rapportés M. Dolbeau et que nous examinerons un peu plus loin, sont certainement rares.

La présence exceptionnelle d'un liquide, quelquefois même abondant dans l'arthrite sèche, a été reconnue par tous ceux qui se sont occupés de cette question; mais la plupart l'ont considéré comme la conséquence des corps étrangers, qui sont plus ou moins nombreux et volumineux dans cette forme de lésion des articulations. M. Dolbeau, tout en acceptant l'opinion que ces corps étrangers puissent produire par leur présence une hydarthrose, ne peut cependant admettre que cet épanchement de liquide ait toujours une cause mécanique; ce serait, dit-il, défendre une opinion qui ne répondrait point

à la généralité des faits. Comme preuve à l'appui de cette manière de voir, il cite une observation venant du service de M. le professeur Denonvilliers, et dans laquelle ces corps manquaient, et cependant il y avait une hydarthrose.

Au début de son travail, l'auteur dit encore que dans un certain nombre de cas, l'hydropisie est tellement considérable, que l'on ne peut s'empêcher de la considérer comme la manifestation principale d'une diathèse, et que c'est pour cette raison qu'il prend la liberté d'attirer l'attention de la Société de chirurgie sur ce sujet.

M. Dolbeau attache donc une plus grande importance qu'on ne l'avait fait avant lui à l'hydarthrose articulaire dans l'arthrite sèche; il serait même tenté, je crois, de la considérer comme fréquente. Votre rapporteur ne peut accepter cette manière de voir; certes, à des époques variables de l'évolution de cette redoutable maladie, on trouve quelquefois des épanchements articulaires, mais ils sont généralement passagers, et ils peuvent même manquer complétement. C'est principalement dans la première période qu'on les observe, mais quand la synoviale est détruite, que les cartilages eux-mêmes ont été remplacés par un tissu fibreux dense, qu'il y a même usure et éburnation des surfaces articulaires, on se demande d'où pourrait provenir ce liquide. Je donne des soins dans ce moment à une dame qui est dans cette condition, et dans aucune des articulations il ne s'est produit d'épanchement.

Ce n'est pas seulement au point de vue des surfaces articulaires que nous reconnaissons la nécessité d'établir une différence entre l'arthrite sèche et les tumeurs blanches proprement dites, mais encore pour le squelette en général. Ce caractère, sur lequel je demande à la Société la permission d'insister, ne me paraît point encore avoir suffisamment attiré l'attention des observateurs. C'est à la comparaison simultanée d'un grand nombre de lésions articulaires, que je dois d'avoir fixé mon attention sur ce point.

Lorsque l'on examine le squelette d'une articulation qui a été atteinte d'arthrite sèche, voici ce que l'on constate : la lésion osseuse, quelle que soit la période d'évolution, est bornée à l'épiphyse et ne dépasse point les insertions ligamenteuses de la jointure. La maladie ne retentit donc point au loin sur le squelette; si, au contraire, l'articulation est atteinte de tumeur blanche proprement dite, outre que les altérations articulaires sont bien différentes de celles que l'on trouve dans l'arthrite sèche, la lésion osseuse s'étend plus ou moins loin sur les os voisins, qui présentent à un degré quelquefois très-avancé les caractères de l'ostéite. On voit se généraliser ce fait si intéressant qui a été bien étudié par Gerdy, à savoir, la facilité avec

laquelle se propage l'inflammation d'un os à un autre à travers les articulations. Cette différence sur le squelette en général, que l'on trouve dans les tumeurs blanches et l'arthrite sèche, indépendamment de la lésion articulaire, démontre la différence qui doit exister dans le pronostic de ces deux maladies.

M. Dolbeau, pour démontrer l'importance des hydarthroses considérables dans l'arthrite sèche, s'appuie, dans son mémoire, sur trois observations très-intéressantes, que nous vous demandons la permission d'examiner ; nous le ferons aussi brièvement que possible.

La première date de 1858 et a été prise dans le service de M. Velpeau. L'homme était âgé de soixante-deux ans : malgré l'existence d'une hydropisie considérable, il semble bien ici qu'il s'agit d'une arthrite sèche ; les altérations signalées par M. Dolbeau ne laissent aucun doute à l'esprit. L'auteur fait alors observer que quand l'arthrite est limitée à une seule articulation, quoique dans l'observation il soit dit qu'un certain nombre d'articulations faisaient entendre des craquements, elle a plus de gravité que lorsqu'elle occupe plusieurs régions ; elle aurait en cela une certaine analogie avec le rhumatisme mono-articulaire.

Les deux autres observations rapportées par M. Dolbeau comme des exemples d'arthrite sèche avec hydropisie articulaire considérable, sont d'un grand intérêt ; M. Dolbeau les a étudiées avec un soin digne d'éloges, d'autant plus que dans ces deux faits une erreur sur la communication des tumeurs situées sur le côté du tendon d'Achille avec l'articulation du genou était difficile à éviter.

Mais s'agit-il bien dans ces deux cas d'une arthrite sèche, ou bien n'a-t-on pas eu plutôt affaire à une de ces hydropisies considérables que l'on rencontre quelquefois dans certaines tumeurs blanches à forme spéciale, qui peuvent simuler une arthrite sèche ? Me basant sur les faits précédemment indiqués, je pencherais volontiers vers cette dernière opinion. En effet, dans l'observation qui vient du service de M. Nélaton, il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, qui a fait une narration fantaisiste des débuts de la maladie qui siégeait sur le genou droit.

Il avait des douleurs rhumatismales depuis vingt ans, et quatre mois seulement avant son entrée à l'hôpital, les douleurs ont augmenté dans le genou siége de l'hydropisie. Ce gonflement a bientôt compris toute l'articulation, et, en l'espace de quelques semaines, la jambe, le pied, puis la partie inférieure de la cuisse, ont pris un volume considérable. Il s'est, au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, présenté des difficultés de diagnostic sur ces différents gonflements, difficultés que M. Dolbeau a rapportées avec détail dans son

observation, en montrant avec quelle facilité une erreur aurait pu être commise relativement à la communication des tumeurs situées sur le côté du tendon d'Achille avec l'articulation du genou.

M. Dolbeau résume ainsi lui-même l'observation qu'il vous a fait connaître en détail : « Vaste collection synoviale occupant l'articulation du genou et s'étendant à la partie postérieure de la jambe, entre les couches musculaires jusque sur les côtés du tendon d'Achille. Distension énorme des ligaments ; présence de quelques concrétions dans l'épaisseur de la capsule ; craquements dans plusieurs articulations ; état diathésique. »

Certes, chez cet homme, le chirurgien n'a point eu affaire à une tumeur blanche ordinaire, mais rien dans les antécédents ni dans les symptômes ne dénote d'une manière positive qu'il s'agissait bien d'une arthrite sèche, d'une simple usure articulaire. La présence de *quelques concrétions* dans la capsule et des craquements dans plusieurs articulations ne sont pas des symptômes suffisants pour l'établir. Dans les réflexions dont M. Dolbeau a fait suivre cette observation, il s'est surtout attaché au point intéressant de ce fait, à savoir, l'hydropisie articulaire et sa communication avec les tumeurs liquides de la jambe ; tous les membres de la Société liront cette observation avec grand intérêt, ainsi que la discussion qui l'accompagne.

La troisième observation du travail de M. Dolbeau, et qu'il a recueillie en 1854 dans le service de M. Velpeau, a beaucoup d'analogie avec la précédente sous le rapport de la double collection liquide, et les caractères généralement assignés à l'arthrite sèche y sont un peu plus évidents. Ici, en effet, il me paraît difficile de ne point admettre qu'il s'agit bien d'une hydropisie avec usure articulaire ; mais je n'en persiste pas moins à considérer ces faits comme très-rares, qu'il faut signaler aux observateurs comme possibles.

Je me demande si dans ces hydropisies considérables, à une période avancée des arthrites sèches, la lésion n'a point été mixte, c'est-à-dire, si au début il n'a point existé une véritable tumeur blanche, et si plus tard l'articulation, sous l'influence du traitement, n'a point revêtu les caractères de l'arthrite sèche, que je considérerais dans ce cas comme une modification heureuse dans les lésions des surfaces articulaires. Si la présence d'un liquide abondant dans l'arthrite sèche avait une tendance à se généraliser, il est certain que l'expression proposée par M. Deville serait à changer, car elle ne pourrait que propager une erreur dans l'esprit des observateurs. Mais, comme je l'ai dit plus haut, l'arthrite sèche ne peut encore, dans certains cas, qu'être difficilement distinguée de certaines formes de tumeurs blanches ; et peut-être devra-t-on un jour faire encore

une séparation entre l'usure articulaire et la maladie que M. Dolbeau a décrite.

Le travail que vous a lu M. Dolbeau sera, je n'en doute point, considéré comme digne de fixer l'attention des chirurgiens. En outre il se recommande par l'originalité propre à son auteur; aussi la commission vous propose-t-elle de l'insérer dans nos *Bulletins*.

Quant à l'auteur, il est assez connu de nous tous pour me dispenser d'insister plus longuement sur la place qui lui est marquée parmi nous.

Il a publié un certain nombre de travaux ayant trait à la chirurgie et dont le plus remarquable est relatif à cette question si intéressante et encore si neuve des enchondromes.

La position de M. Dolbeau, aujourd'hui chirurgien du Bureau central des hôpitaux, le recommande naturellement à vos suffrages; en outre, votre commission a l'honneur de vous proposer, comme dernière conclusion, de vouloir bien adresser des remercîments à l'auteur.

DISCUSSION.

M. GIRALDÈS. — M. le rapporteur a touché deux points dans son travail : l'un, qui est relatif à l'interprétation des faits, et sur lequel je n'insisterai point; l'autre à un point de doctrine, et qui peut soulever une discussion.

Il reproche à M. Dolbeau de vouloir faire intervenir, dans l'étiologie de l'arthrite sèche, un état diathésique. Or l'opinion de M. Dolbeau me semble bien justifiée par les travaux scientifiques antérieurs.

Celui qui a le plus étudié cette question, M. Robert Adams, chirurgien d'un des hôpitaux de Dublin, et qui a publié un livre avec planches, considère cette lésion comme dépendant d'une cause rhumatismale. Bien longtemps avant les recherches et les communications de M. Deville à la Société anatomique, M. Adams décrivait cette altération sous le nom d'*arthrite rhumatismale chronique*. Le rhumatisme est commun en Irlande, et M. Adams a pu suivre en quelque sorte l'évolution de l'arthrite sèche, indiquer les phases de cette affection, et après avoir lu son beau travail, je pense comme lui que cette maladie se développe sous l'influence d'une diathèse rhumatismale.

Quant au terme d'*arthrite sèche*, je pense que c'est une mauvaise expression. Il n'y a pas dans cette altération les caractères de l'inflammation, et le nom qu'on lui a donné semble pourtant indiquer un état inflammatoire.

Enfin, M. le rapporteur a trop négligé l'état de la synoviale; il ne faut pas se borner à étudier l'arthrite sèche sur le cadavre.

M. HOUEL. M. Giraldès m'a fait des objections qui ne devaient pas m'être adressées. Je n'ai pas fait la description de l'arthrite sèche, et surtout je n'ai jamais rejeté l'influence diathésique dans le développement de cette affection. J'ai seulement dans mon rapport examiné les points que M. Dolbeau avait plus spécialement étudiés dans son travail : la difficulté du diagnostic et la présence do liquide dans l'articulation. Je cite des cas où j'ai pu établir le diagnostic, et dans lesquels il n'y avait pas de liquide. Je dis que cette forme doit être décrite à part, et je rappelle les divers degrés admis par M. Deville. Je connais bien l'arthrite sèche, les publications dont elle a été le sujet, et le travail de M. Adams. Je possède aussi dans le Musée de nombreux exemples de cette lésion. Si M. Giraldès veut savoir mon opinion sur l'étiologie de cette maladie, je dirai que j'admets comme lui pour l'expliquer la diathèse rhumatismale.

M. MOREL-LAVALLÉE réclame la priorité en faveur de M. Cloquet. Il y a au moins trente ans que M. Cloquet nous a fait voir des pièces sur lesquelles il décrivait les lésions de l'arthrite sèche sans se servir de cette expression.

M. HOUEL rappelle que c'est en 1832 ou 1833 que M. Cruveilhier a commencé à publier des planches sur cette altération, qu'il appelait l'*éburnation des surfaces articulaires*.

M. GIRALDÈS insiste sur la lacune qu'il a signalée dans le rapport de M. Houël, concernant l'état de la synoviale.

M. HOUEL répond qu'il n'a pas eu la prétention de donner tout le tableau de l'arthrite sèche, et qu'il s'est borné à faire un rapport sur une lecture faite à la Société.

La Société adopte les conclusions de la commission : *adresser des remercîments à l'auteur*; et décide que le travail de M. Dolbeau et le rapport de M. Houël seront imprimés dans nos *Bulletins*.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

Fongus pulsatile du sommet de la tête; hémorrhagies répétées; ligature de la carotide primitive gauche; hémorrhagies consécutives par le fait d'adhérence du caillot dans le bout supérieur; infection purulente; mort. — M. MOREL-LAVALLÉE. Dans le fait dont je mets les pièces anatomiques sous vos yeux, plusieurs points m'ont paru dignes d'intérêt : d'abord l'étiologie du mal, puis le développement considérable des artères extra-crâniennes qui semblaient toutes converger vers la tumeur malgré son petit volume; enfin, la netteté du mécanisme de l'hémorrhagie par le bout supérieur de l'artère après la ligature de la carotide primitive.

Le 1er mai 1864 est entré dans mon service, à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, nº 32, François F..., âgé de trente-sept ans, demeurant rue de Meaux, 66.

Il y a deux mois qu'en chargeant sa voiture de sacs de sucre en poudre, il en reçut un de 10 centimètres de haut sur la tête. Il en résulta sur le sommet de la tête une plaie qui ne s'est pas cicatrisée, et au bout de deux mois elle devint le siége d'une hémorrhagie qui nécessita le tamponnement.

Le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, cette hémorrhagie ne s'étant pas reproduite, l'appareil à l'aide duquel un médecin de la ville l'avait arrêtée fut laissé en place. Dix jours plus tard, j'enlevai le pansement.

Je constatai au sommet de la tête une tumeur de la grandeur d'une pièce de 5 francs, un peu plus épaisse, recouverte d'une peau en partie dénudée, et présentant çà et là comme des granulations rougeâtres. La tumeur est mollasse, d'une fluctuation équivoque, qui donne d'abord l'idée d'un épanchement sanguin; mais on s'aperçoit bientôt qu'elle est pulsatile, que les artères extérieures dilatées rampent vers elle en se dessinant à travers la peau comme des nervures animées de battements. On y entend un léger bruit de souffle; elle est peu sensiblement réductible par la compression. Volume, pulsations, souffle, rien n'est modifié par la compression de la carotide droite; celle de la carotide gauche suspend entièrement les battements et le souffle, et diminue un peu le volume de la tumeur.

Malgré l'absence d'élancements, l'irréductibilité presque complète de la tumeur, il n'était guère permis de songer à du tissu érectile pur. Cependant, comme on pouvait encore conserver un doute à cet égard, une espérance; comme surtout les hémorrhagies qui se répétaient à chaque instant mettaient continuellement la vie en danger, je parlai au malade de sa seule chance de salut, la ligature de la carotide gauche. Elle fut immédiatement acceptée; mais un érysipèle survint, et l'épidémie continuant, j'engageai le malade à sortir pour quelque temps.

Quinze jours après, le 1er août, il revint demander l'opération.

Le 7 août, je pratiquai la ligature de la carotide gauche, en présence de M. Vernois et d'un chirurgien distingué de Pise, M. Palamidessi.

Je marquai d'abord d'un trait de plume la direction et les limites de l'incision; puis je fis former à la peau un pli transversal, que je divisai d'un coup de bistouri de son sommet à sa base, en suivant la ligne tracée à l'encre. C'est le procédé que j'emploie, quand je le puis, dans les ligatures d'artères comme dans l'opération de la hernie

étranglée. Les téguments ainsi divisés avec autant de précision que de sécurité, j'attaque les couches sous-jacentes avec la sonde cannelée et le bistouri. Une seule artériole fut coupée et liée immédiatement.

J'arrivai bientôt à l'artère. Je la reconnus au fond de la plaie à sa couleur blanchâtre. De l'index de la main gauche, qui en sentait les battements, je la refoulai en dedans; puis, par des mouvements de va-et-vient, je passai la sonde cannelée à son côté externe, et la serrant au plus près pour éviter le pneumo-gastrique, je la soulevai. A ce moment, la voix du malade, qui était restée normale jusque-là, se voila tout à coup, en même temps qu'il accusa une douleur dans l'œil correspondant. Je m'étais appliqué à reconnaître et à ménager tous les filets nerveux qui s'étaient présentés, et d'ailleurs ce n'était pas la section d'un nerf qui déterminait le phénomène, puisqu'il ne s'était manifesté qu'à l'instant où le vaisseau était soulevé.

J'examinai donc avec grand soin tout autour de la partie dénudée de l'artère, et je ne découvris aucun filet nerveux. Je passai et serrai le fil sans aucun incident nouveau. C'était un peu au-dessus de l'omo-hyoïdien. Je ne noterai plus que deux particularités : c'est d'abord la profondeur à laquelle il fallut aller chercher l'artère, à cause des contractions et de la saillie du sterno-mastoïdien; enfin, la jugulaire interne ne fut point aperçue. Depuis la ligature, les battements sont restés presque entièrement supprimés, et le bruit de souffle complétement.

Le 11, quatrième jour de l'opération, il se déclara une hémorrhagie qui céda à un léger tamponnement; elle se renouvela le 14, et fut arrêtée de même.

Les 15, 16, 17, un liquide chocolat s'échappe par la plaie, surtout pendant la toux; des frissons irréguliers, suivis de chaleur et de sueurs, font craindre une infection purulente.

Le 16, il y eut deux hémorrhagies assez abondantes pour nécessiter l'emploi du perchlorure de fer. Ces hémorrhagies offrirent toutes ce caractère qu'elles semblaient provenir du fond de la plaie, et se faisaient lentement, comme en nappe, sans pulsations sensibles dans le liquide.

La pyoémie se prononce de plus en plus; la mort arrive le 18, à quatre heures du matin.

Autopsie le lendemain, à neuf heures du matin. — En découvrant le *foyer* par la section du sterno-mastoïdien, j'aperçus un gros caillot noirâtre, en éventail, dont le sommet adhérait à l'artère au niveau de la ligature, et dont la base aplatie s'étalait dans tout le creux sus-claviculaire et s'engageait même un peu sous la clavicule. Le liquide

s'étaient en quelque sorte congelé sur la perforation. La source de l'hémorrhagie était à la carotide, au niveau de la ligature. Je détachai l'artère depuis son origine jusqu'au delà de sa bifurcation, et voici la pièce :

Dans le bout inférieur, le caillot est long, solide, intimement adhérent partout aux parois vasculaires ; aussi n'a-t-il rien laissé passer d'une injection d'eau poussée de bas en haut. Dans le *bout supérieur,* au contraire, l'injection, poussée doucement, a suinté au niveau de la ligature. Aussi, dans ce bout, le caillot, quoique d'une longueur et d'une consistance à peu près égales, n'avait-il que de faibles adhérences ; encore manquaient-elles dans toute sa hauteur sur un des côtés du vaisseau. C'était par ce décollement que le sang s'était insinué et s'était fait jour au dehors. Les caillots représentent, d'ailleurs, des cônes dont la base répond à la ligature.

J'ai laissé la ligature en place, et vous voyez qu'elle a laissé en dehors d'elle le pneumo-gastrique.

La *tumeur* de la tête pénètre dans le crâne, ou plutôt elle en sort, ainsi que nous l'établirons. Elle a un double épanouissement : l'un extérieur, aplati ; l'autre intérieur, arrondi, séparé par un étranglement au niveau de la perforation osseuse. C'est la forme du double bouton de chemise. La partie intra-crânienne adhère à la dure-mère, avec laquelle elle se confond. C'est évidemment du tissu encéphaloïde. L'os a été alentour en partie refoulé en dehors, en partie attaqué par l'absorption ; la tumeur n'adhère qu'aux points qu'elle a rongés. Le trou est du diamètre d'une pièce de 2 francs. Le cerveau offre une petite dépression au niveau de la tumeur.

Les *poumons* sont parsemés d'*abcès métastatiques.*

Il n'est pas possible de s'y tromper : la tumeur préexistait à l'accident qui l'a fait découvrir. Il n'y a jamais eu de symptômes cérébraux ; mais le refoulement des os autour de la perforation ne montre-t-il pas la longue pression de la tumeur en ce sens, et conséquemment son origine intra-crânienne ? C'est un fongus de la dure-mère, un cancer vasculaire par excellence.

Comment s'expliquer l'altération de la voix et la douleur de l'œil au moment de la ligature ? La douleur ne fut qu'instantanée, et la voix recouvra peu à peu son timbre.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

MÉMOIRE SUR UNE VARIÉTÉ D'ARTHRITE,

Par M. le docteur Dolbeau, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc.

Messieurs, la maladie articulaire la plus commune, celle dont on rencontre des traces plus ou moins nombreuses, sur les 9/10mes des cadavres, c'est l'arthrite sèche. Cette affection, dont l'histoire doit beaucoup aux recherches de MM. Deville, Cruveilhier, Broca et autres, porte un nom qui est loin d'être irréprochable. Chacun, en effet, sait que cette sorte d'arthrite s'accompagne quelquefois d'un épanchement articulaire plus ou moins abondant. La présence d'un liquide a été considérée comme une conséquence des corps étrangers articulaires, qui sont eux-mêmes les produits de l'arthrite sèche; nous sommes disposés à attacher plus d'importance à cette hydropisie, et c'est sur ce sujet que je prends la liberté d'attirer votre attention.

Messieurs, j'aurais désiré vous présenter un travail plus digne de vous, mais vos *Bulletins* sont si riches, que vous avez laissé bien peu de chose à vous apporter.

L'hydarthrose chronique a une marche, une durée, une terminaison qui varient suivant la cause qui l'a produite. Quelquefois le simple repos suffit pour obtenir la résolution de l'épanchement; plus souvent les révulsifs et les résolutifs deviennent nécessaires; enfin, dans quelques cas, l'hydarthrose résiste, et la maladie a une durée indéterminée. Pourquoi ces différences dans la marche et dans la terminaison de la même manifestation? Évidemment c'est à la cause générale qu'il faut rapporter tout cela. Vous admettrez tous, j'en suis certain, l'influence des diathèses sur les affections articulaires. J'espère vous démontrer que l'arthrite sèche qui est de cause générale peut se présenter sous la forme d'une hydarthrose, dont la nature spéciale exige qu'elle soit envisagée d'une manière toute particulière.

Tous les chirurgiens ont observé l'arthrite sèche avec un épanchement de liquide dans l'intérieur de l'articulation; mais cette hydarthrose, avons-nous dit, ils l'ont considérée comme une simple conséquence de la production d'un corps étranger articulaire. Cette manière de voir peut être acceptée; sans doute, il est tout simple que le corps étranger puisse par sa présence déterminer une hydropisie; mais admettre que l'épanchement qui accompagne l'arthrite sèche a toujours pour origine une cause mécanique, c'est défendre

une opinion qui no répond pas à la généralité des faits. Comme preuve à l'appui, je dirai que l'épanchement s'observe en l'absence de corps étranger articulaire. Enfin, dans un bon nombre de cas, l'hydropisie est tellement considérable, qu'on ne peut s'empêcher de la considérer comme la manifestation principale do la diathèse. Mais exposons les faits qui ont fait naître dans notre osprit l'opinion que nous essayons de faire prévaloir.

En 1853, on apporta à la Société anatomique une pièce provenant du service de M. Denonvilliers; il s'agissait d'un corps étranger de l'articulation du genou, du volume d'un petit haricot. Mais outre ce corps mobile, on pouvait constater un épanchement énorme de synovie colorée en rouge, puis toutes les lésions propres à l'arthrite sèche; c'est-à-dire incrustation de tous les tissus fibreux, altération velvétique des cartilages, déformation des extrémités osseuses, semi-luxation du tibia en arrière et en dedans. *Il était évident que le corps mobile articulaire n'était qu'un accident dc la maladie.* Ce qui me frappa surtout, *c'était l'espèce de dislocation de la jointure*, *au lieu de ces ankyloses plus ou moins avancées qui accompagnent ordinairement l'arthrite sèche.* La raison de cette particularité était évidemment dans la présence d'un épanchement qui avait distendu l'articulation et permis l'abandon des surfaces.

Ce que l'autopsie m'avait montré, je l'ai constaté depuis un bon nombre de fois en clinique. J'ai observé des hydarthroses à formes singulières, avec dislocation de la jointure, le tout coïncidant avec les signes non douteux de l'arthrite sèche.

Deux des faits auxquels je fais allusion ont été observés dans le service de M. Velpeau; nous avons examiné les malades avec grand soin, mon collègue M. Trélat et moi. Ce qui nous a surtout frappés, c'est l'extrême analogie entre les deux individus. Il s'agissait encore de genoux très-volumineux, remplis de liquide, et présentant des plaques calcaires périphériques.

Voici l'une de ces observations; l'autre était identique :

28 juin 1858. — Salle Sainte-Vierge, n° 3. X..., cocher, âgé de soixante-deux ans, tempérament sanguin, constitution usée par des excès de toute espèce.

Cet individu, dont il est difficile de tirer des renseignements, est porteur d'une infirmité du genou droit. Sa maladie est venue lentement; à plusieurs reprises il a été traité, mais cette fois il entre parce que la marche est presque impossible. Il attribue son affection à une chute; cependant ce n'est que l'année suivante que le genou devint gros et légèrement douloureux, il y a huit ou neuf ans. Depuis quatre mois la jambe s'est luxée, et la gêne est devenue très-grande.

Santé généralo assez bonne. Le malade déclare qu'il n'a jamais eu la syphilis, *mais il porte un testicule qui a tous les caractères du testicule vénérien.*

Voici l'état de son genou. L'articulation du côté droit a le volume d'une grosse tête d'adulte ; c'est *surtout de haut en bas et transversalement que la jointure a augmenté de dimension.* La peau est saine ; elle porte la trace de plusieurs vésicatoires. La tumeur a une consistance variable, dure dans certains points, molle et fluctuante dans d'autres. L'articulation renferme un épanchement considérable ; quant aux parties dures, elles sont formées par des plaques calcaires nombreuses. On en observe une qui occupe la partie interne et supérieure de l'articulation ; elle simule à s'y tromper une deuxième rotule. Enfin, on peut constater que le condyle interne du tibia est presque doublé de volume, grâce à une sorte de coque osseuse très-dure, irrégulière ; celle-ci, fixe, quoique jouissant d'une certaine mobilité, ne tient pas à l'os lui-même, mais bien à la synoviale.

Il n'y a pas la moindre douleur.

L'articulation est comme disloquée ; la jambe est luxée incomplétement en dedans ; l'extension se fait complétement, la flexion est très-limitée. Malgré cela, le malade peut encore se traîner quelques pas. M. Velpeau, ayant jugé la maladie incurable et le sujet trop âgé pour lui proposer l'amputation, l'a fait envoyer à Bicêtre.

Comment appeler la maladie dont vous venez d'entendro l'histoire succincte ? Ce n'est pas là l'hydarthrose simple ? ce n'est pas là non plus, à proprement parler, une tumeur blanche, à moins que ce mot ne comporte seulement l'idée d'incurabilité ? Il me semble qu'il est légitime d'appeler l'affection de notre malade une arthrite sèche à forme spéciale. Ces noyaux durs, ces plaques osseuses, sont les signes indubitables de l'arthrite sèche ; mais ici il y a épanchement considérable, distension progressive de l'articulation et par suite semi-luxation.

J'ajouterai que l'on pouvait constater dans plusieurs jointures ces craquements rudes et secs qui caractérisent la présence de l'arthrite sèche, et par conséquent de l'état diathésique.

Il est une remarque que nous avons quelquefois faite : chez les individus où l'arthrite était compliquée d'une hydarthrose, la diathèse portait sur une seule articulation, ou bien les traces de la maladie étaient à peine sensibles sur les autres jointures. Il semble que l'arthrite sèche limitée à une seule articulation a plus de gravité que lorsqu'elle occupe plusieurs régions ; elle aurait en cela une certaine analogie avec le rhumatisme mono-articulaire. Quoi qu'il en soit de cette manière de voir tout hypothétique, toujours est-il que l'hydar-

throse accompagnant l'arthrite sèche a souvent, sinon toujours, des dimensions et une marche vraiment insolites.

Nous avons déjà indiqué cette dislocation de la jointure comparable à ce qu'on rencontre dans les tumeurs blanches avec ramollissement des ligaments; on observe encore dans la variété d'arthrite que nous étudions certaines complications dignes d'intérêt : l'épanchement, au lieu de disparaître, va sans cesse croissant, et l'on observe alors la rupture spontanée et lente de la synoviale, avec persistance du liquide articulaire dans une région très-éloignée de la jointure malade.

Je viens de dire que la synoviale distendue se rompait; c'est là une opinion que je n'ai pu vérifier par l'autopsie, mais qui paraît rationnelle, vu l'impossibilité de se rendre compte de certains faits. Par exemple, nous avons observé une arthrite sèche du genou dans laquelle l'épanchement s'étendait jusque sur les côtés du tendon d'Achille; il n'est guère possible d'admettre que la synoviale ait pu se prolonger aussi loin, et la rupture paraît probable.

Cette migration du liquide articulaire n'est pas chose commune; j'ai connaissance d'un fait dans lequel l'hydropisie remontait jusque vers le tiers supérieur de la cuisse, au-dessous du muscle triceps.

On rencontre plus fréquemment dans le creux du jarret des tumeurs liquides en communication avec l'articulation. Mais ce qui est très-rare, ce sont des hydarthroses dans lesquelles le liquide peut être reconnu sur les côtés du tendon d'Achille. J'ai eu le bonheur d'observer deux de ces faits : le premier dans le service de M. Nélaton, en 1853; le second chez M. Velpeau, en 1854.

Ces faits, je le dis encore, sont bien rares; ils sont peut-être les seuls qui existent; j'ai vainement consulté les archives de la science sans rien trouver de semblable.

Pour toutes ces raisons, je vous demande la permission de reproduire ici les deux observations, au moins dans ce qui touche la question actuelle.

Hopital des Cliniques. — Service de M. Nélaton.

Un homme de quarante-deux ans, d'une santé en apparence assez chétive, est entré à l'hôpital pour une affection du genou. Il raconte qu'il a été atteint anciennement de diverses maladies, mais tous ces récits sont faits en vue d'idées théoriques; aussi les renseignements donnés par le malade sont-ils contradictoires et par suite sans valeur.

Voici sommairement les détails sur la marche de l'affection :

Depuis vingt ans il est sujet à des douleurs rhumatismales qui ont

occupé toutes les parties du corps; il dit qu'il y a trois ans une autre maladie serait survenue, et il parle de myélite.

Depuis quatre mois, les douleurs du genou droit ont augmenté, et cette jointure, déjà grosse, a présenté du gonflement vers la partie interne. Ce gonflement a bientôt compris toute l'articulation, et en l'espace de quelques semaines la jambe, le pied, puis la partie inférieure de la cuisse, ont pris un volume considérable. Le malade a été soumis sans succès, à l'Hôtel-Dieu, pendant plusieurs semaines, aux divers moyens usités contre les affections rhumatismales.

Voici quel est l'état actuel :

Ce qui frappe tout d'abord, c'est le volume considérable du membre abdominal du côté droit. Il est réellement monstrueux : en effet, la mensuration donne 34 centimètres pour le genou sain et 52 pour le genou malade. Au niveau du mollet, on trouve pour l'un des membres 34 centimètres, pour l'autre 49. Ceci est plus que suffisant pour quiconque a mesuré comparativement des membres sains et des membres affectés de maladies chroniques des articulations; dans le cas actuel, la différence est très-grande.

Tout le membre est fortement œdématié depuis les orteils jusqu'à la partie inférieure de la cuisse; de plus, si on presse les tissus, on trouve à la partie postérieure de la jambe une fluctuation profonde, mais bien caractérisée. Le genou lui-même est le siége d'un épanchement considérable.

En résumé, collection de liquide dans le mollet et dans le genou, œdème général du membre. Quelle est la relation entre ces différents phénomènes? Avec un peu d'attention, on note que les deux collections de liquide sont en communication l'une avec l'autre.

Si une main est appliquée sur le genou, ou comprime le mollet, on sent aussitôt le liquide qui arrive lentement et qui soulève les téguments. On peut encore renvoyer le liquide du genou jusque dans la jambe. La compression du mollet fait augmenter le volume du genou.

Cet ensemble de symptômes permet d'affirmer qu'il y a là une vaste collection dans la jointure, et de plus que le liquide s'est épanché entre les deux couches de muscles qui occupent la partie postérieure de la jambe. Les os sont sains, n'ont pas augmenté de volume; les cartilages présentent certaines altérations qui se caractérisent par des craquements articulaires.

En explorant la jointure, on trouve quelques noyaux durs et des épaississements de la synoviale. Ces mêmes indurations, on les retrouve encore dans le coude gauche et dans l'articulation de l'épaule du même côté.

Quant aux troubles fonctionnels, ils sont les suivants : l'articula-

tion est complétement disloquée ; le membre est si volumineux que le malade ne peut exécuter le moindre mouvement. Quand il veut changer de place, il est obligé de prendre sa jambe avec ses deux mains.

Immédiatement on fait sur le côté externe du tendon d'Achille une ponction qui donne issue à deux bassins d'un liquide onctueux, filant et coloré en rouge. On peut alors vérifier que les deux collections communiquent, car le genou se vide comme la jambe. — Compression méthodique du membre.

Les jours suivants, pas d'accidents ; mais le liquide se reproduit.

On pratique ensuite cinq autres ponctions suivies d'injection iodée ; mais ces opérations, d'ailleurs sans inconvénients, n'amènent pas la moindre amélioration.

Au bout de quatre mois, le malade quitte l'hôpital dans le même état qu'au moment de son admission. La santé générale présente les effets manifestes du séjour prolongé au lit.

L'observation précédente, nous pouvons la résumer ainsi : vaste collection synoviale occupant l'articulation du genou gauche et s'étendant à la partie postérieure de la jambe ; entre les couches musculaires, jusque sur les côtés du tendon d'Achille. Distension énorme des ligaments ; présence de quelques concrétions dans l'épaisseur de la capsule ; craquements secs dans plusieurs articulations ; état diathésique. La marche de la maladie a été essentiellement chronique, et malgré tous les traitements ordinairement employés, malgré six ponctions suivies d'injection iodée, le malade n'a éprouvé aucune amélioration.

Ne croyez pas, Messieurs, que le diagnostic ait été chose facile, bien au contraire ; les quelques détails qui vont suivre vous montreront toutes les difficultés de ce cas particulier. L'énorme distension de la capsule articulaire, l'accumulation du liquide dans l'épaisseur des muscles de la jambe, avaient déterminé une compression considérable sur les vaisseaux et sur les nerfs de tout le membre ; il en résultait un œdème très-étendu qui, s'ajoutant à l'épanchement, donnait au membre un volume monstrueux. Enfin, des douleurs très-vives, de cause mécanique, jointes au volume du membre, auraient pu faire croire à une lésion grave du squelette de la jambe. Cependant la marche de la maladie, la présence bien constatée d'un épanchement articulaire, épanchement qui augmentait par la compression du mollet et qu'on pouvait diminuer par une compression bien faite de l'articulation ; une fluctuation bien franche dans la jambe, toutes ces raisons mêmes, corroborées par les résultats de la ponction, sont venues préciser le diagnostic. Resterait la question du traitement, que

je réserve pour une autre partie de ce travail. Constatons cependant l'impuissance absolue de toutes les médications usitées dans les hydropisies articulaires.

L'observation suivante forme le pendant pathologique de celle qui précède. C'est encore une vaste hydarthrose occupant le genou et la jambe chez un individu qui présente les signes évidents de l'arthrite sèche.

Hopital de la Charité. — Salle Sainte-Vierge, nº 30.

L..., âgé de cinquante-deux ans, concierge, entre le 6 mars 1854, pour une maladie du genou gauche dont l'origine remonte à plusieurs mois.

Voici quels sont les renseignements qui ont été fournis par le malade. Dans sa jeunesse il a été mal portant, et il présente sur la peau les traces de suppurations nombreuses. Depuis plusieurs années ses deux coudes sont arrivés lentement à un état de demi-ankylose; à peine peut-il exécuter quelques mouvements qui sont accompagnés de craquements durs qui s'entendent au loin. Le malade déclare avoir eu tous les accidents propres à la syphilis constitutionnelle. Vers l'âge de trente ans il a été sujet à des douleurs légères dans les articulations.

Il y a cinq mois, sans cause connue, le genou gauche a augmenté de volume sans déterminer beaucoup de douleur. La santé générale restait parfaite.

Etat actuel. — Etat général assez bon, quoique la constitution du malade paraisse assez usée. Pas de fièvre, appétit conservé.

Genou gauche. — Il est augmenté de volume et très-déformé. La jambe elle-même est plus volumineuse que celle du côté opposé.

Voici les résultats de la mensuration comparée des deux membres :

	Genou sain.	Genou malade.
Au niveau du triceps fémoral . .	29 cent.	44
Au niveau de la rotule.	31	46
Mollet	27	38

Il y a donc, suivant les points, des différences qui varient entre 10 et 15 cent., ce qui est énorme.

La peau du membre est saine et permet d'apprécier l'état de la jointure. Les tissus sous-synoviaux sont très-indurés; mais, de plus, il y a dans l'intérieur de l'articulation une collection de liquide. La compression du genou n'est nullement douloureuse, mais elle permet de refouler le liquide qui vient augmenter le mollet. Enfin, par des explorations bien faites, on arrive à constater qu'il existe une col-

lection de liquide qui occupe à la fois l'articulation du genou et la profondeur de la jambe, presque sur les côtés du tendon d'Achille.

Les os sont malades, ou plutôt ils ont augmenté de volume; le tibia, principalement, a subi un gonflement très-considérable.

Quant aux troubles fonctionnels, voici quels ils sont : l'articulation est à peine douloureuse, le membre est dans une demi-flexion; la jambe ne peut être étendue, mais elle peut être légèrement fléchie; du reste, il n'y a plus de mouvements normaux, car les surfaces articulaires se sont abandonnées, de sorte que le membre ballotte dans tous les sens et rappelle ce qu'on a désigné sous le nom de jambe de polichinelle.

Les mouvements imprimés au membre déterminent des craquements rudes.

Pendant trois mois, le malade a été soumis au traitement anti-syphilitique. De plus, son membre a été placé dans plusieurs appareils inamovibles; mais au bout de ce temps il a quitté l'hôpital, sans avoir obtenu la moindre amélioration.

Messieurs,

Je viens d'essayer de vous démontrer l'existence d'une forme grave de l'arthrite sèche. Cette affection chronique pourrait former une espèce dans la grande classe des tumeurs blanches; mais elle en diffère en réalité par sa marche et sa terminaison. Je crois qu'il y a utilité à séparer ces maladies, je vais donc insister sur les caractères propres à les distinguer.

Lorsque l'arthrite, quelle que soit sa nature, est arrivée à son complet développement, il y a une déformation à peu près identique, qu'il s'agisse d'une tumeur blanche ou d'une arthrite sèche; mais une différence essentielle est dans la douleur, qui est vive, spéciale dans la fongosité articulaire, qui est faible ou presque nulle dans l'arthrite sèche même très-avancée.

La peau, dans les tumeurs blanches, présente souvent des altérations; dans l'arthrite sèche elle reste intacte. Mais si on palpe les deux tumeurs, on perçoit des signes distinctifs très-importants. La tumeur blanche est molle, peu fluctuante. Dans l'arthrite sèche, on constate une fluctuation très-franche, et de plus on trouve par places des noyaux, des plaques dures, qui déterminent des craquements pendant les mouvements de la jointure.

Certes, ces deux maladies sont incurables l'une et l'autre; toutes les deux elles tendent à s'accroître, mais l'une devient de plus en plus douloureuse, s'accompagne d'accidents généraux et locaux, tandis que l'autre reste toujours maladie locale, sans exposer le malade

à ces abcès, à ces fusées purulentes qui viennent terminer certaines tumeurs blanches.

Les malades atteints de tumeurs blanches succombent aux progrès de leur mal ou à des accidents généraux qui dépendent de la diathèse tuberculeuse; les malades atteints d'arthrite sèche vivent indéfiniment, et leur santé n'a guère à souffrir que du séjour prolongé au lit.

Les deux maladies que nous étudions sont donc essentiellement différentes, et on aurait tort de les réunir dans une même classe. J'ajoute que l'amputation guérira toujours un malade atteint d'une arthrite sèche, mais que l'opération ne pourra guère empêcher les progrès de la tuberculisation pulmonaire.

Messieurs, si j'ai été assez heureux pour vous convaincre, il reste démontré :

1° Que l'arthrite sèche s'accompagne quelquefois d'un épanchement articulaire, surtout quand l'affection ne porte que sur une seule articulation ;

2° Que cette hydropisie, qu'on observe surtout au genou, constitue une variété d'hydarthrose dont la marche et la terminaison ont quelque chose de spécial ;

3° Que son étude doit être faite à part.

J'ai montré les caractères de l'arthrite, j'ai fait voir quels étaient les points de contact entre cette maladie et les tumeurs blanches, j'ai indiqué quelles étaient les différences, il me reste à vous dire quelques mots du pronostic et de la thérapeutique.

Les malades atteints d'arthrite sèche souffrent peu, mais ils sont plus ou moins infirmes, en raison de la gêne plus ou moins grande qu'ils éprouvent dans les articulations malades. Cependant, à part certaines luxations spontanées qu'on observe quelquefois, les sujets peuvent encore continuer longtemps leurs occupations.

Si, au contraire, l'arthrite revêt la forme humide, elle va sans cesse croissant, et les malades finissent par être condamnés à un repos absolu, quand c'est une jointure du membre inférieur qui est envahie. Tous les individus dont nous vous avons rapporté l'histoire étaient dans l'impossibilité de quitter leur lit.

Chez tous ces individus, la médication ordinaire des hydarthroses a été rigoureusement employée ; mais les révulsifs, les résolutifs de toute espèce ont été sans résultats. Il en est de même des divers traitements généraux.

Chez le malade de M. Nélaton, les injections iodées n'ont pas amené la moindre amélioration. Chez celui de M. Velpeau, le traitement antivénérien est resté sans succès.

Ce sont des malades en repos, mais qui souffrent peu ou pas; aussi, quand ils sont âgés, faut-il se résigner à les laisser infirmes, et combattre autant que possible les inconvénients de l'immobilité et du défaut d'exercice. Mais si le malade est jeune, comme l'était celui de M. Nélaton, il y a lieu de songer à quelque chose de plus radical. Il me semble que l'amputation ne fut jamais mieux indiquée. L'expérience a démontré que la thérapeutique ne peut rien contre les lésions de l'arthrite sèche; il ne faut même pas compter sur ces guérisons si rares de certaines tumeurs blanches. Ces guérisons, on les obtient au prix de beaucoup de peine et à travers bien des dangers; cependant la possibilité du succès autorise à essayer. Au contraire, pour les hydarthroses dont j'ai essayé l'histoire, il n'y a rien à obtenir.

Pourquoi donc attendre et pourquoi perdre un temps précieux? L'âge et la position sociale des individus sont les seuls éléments de jugement; c'est là qu'il faut trouver les raisons de l'indication ou de la contre-indication d'une opération toujours sérieuse.

J'ai fini, Messieurs; je vous demande toute votre indulgence, mais je serais heureux si mon travail pouvait être l'occasion, pour la Société de chirurgie, d'une de ces discussions savantes dans lesquelles chacun apporte le tribut de son expérience au bénéfice des intérêts scientifiques.

(Commissaires, MM. Houël, Richet, Guersant.)

Séance du 11 septembre 1861.

Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La Société a reçu :

1° Les journaux de la semaine;

2° Le numéro de septembre du *Journal de médecine et de chirurgie*;

3° Le *Montpellier médical* (septembre);

4° Les *Archives générales de médecine* (septembre);

5° *The San-Francisco medical Press* (juillet 1861);

6° Deux lettres : l'une de M. Follin, l'autre de M. Morel-Lavallée, qui demandent un congé. (Renvoi à la commission des congés.)

7° M. Louis Lortet adresse deux exemplaires de sa thèse intitulée : *Essai monographique sur le prétendu cancroïde labial.* L'auteur désire concourir pour le prix Duval.

8° M. le docteur José Diaz Bénito y Angulo présente un magnifique Atlas avec texte explicatif, manuscrit, sur *les maladies syphilitiques*. (Renvoi à M. Verneuil.)

COMMUNICATION.

Tumeur maligne de la cloison recto-vaginale. Extirpation à l'aide de l'écrasement linéaire. Facilité du manuel opératoire, simplicité des suites. Examen de la pièce anatomique. — M. VERNEUIL. En communiquant cette observation à la Société, je veux surtout fixer l'attention de mes collègues sur le manuel de l'opération, réservant et le côté clinique, et les indications que j'ai crues légitimer ma résolution, et les suites ultérieures qui d'ailleurs me sont encore inconnues, puisque l'opération est toute récente. Si l'opportunité de l'ablation des cancers du rectum était mise en jeu, si on était effrayé d'une mutilation qui, en cas de guérison, mettra l'opérée dans la position fâcheuse des femmes qui ont une rupture complète du périnée, j'accepterais volontiers le débat sur ce terrain et ferais valoir mes motifs; mais si on veut n'examiner avec moi que la méthode et le procédé mis en usage, je m'efforcerai de démontrer que, grâce à l'emploi de l'écrasement linéaire, j'ai pu, sans rencontrer la moindre difficulté et sans provoquer le moindre accident, mener à bien une opération grave, dans une région périlleuse, entreprendre en un mot, sans hésitation et sans préoccupation, une besogne devant laquelle j'eusse peut-être reculé si je n'avais eu à ma disposition que les méthodes et les procédés antérieurs à la belle découverte de M. Chassaignac.

Voici d'abord le fait. Je fus consulté le 3 septembre par une dame de soixante et un ans, brune, grande, maigre, très-robuste et très-énergique, qui souffrait depuis huit mois d'une affection de l'anus. Les renseignements fournis par une interrogation attentive permettent de faire remonter le mal à une époque plus reculée; mais l'invasion des douleurs éveilla seule l'attention de la malade, qui, fort laborieuse et s'écoutant peu, n'avait attaché aucune importance aux premiers symptômes de sa maladie.

Il y a huit mois donc, elle commença à éprouver quelques douleurs en allant à la selle. La constipation étant son état ordinaire, elle ne consulta personne et se contenta de prendre quelques légers purgatifs à des espaces assez rapprochés, et de faire quelques lotions avec l'eau tiède. Les matières fécales devenant plus ténues et les selles plus fréquentes, un soulagement notable s'ensuivit. Mais bientôt les garde-robes devinrent sanguinolentes et des cuissons de plus en plus vives se montrèrent à la région anale. La malade calmait ses douleurs en plongeant le siége dans un vase rempli d'eau chaude, et comme

les souffrances se répétaient à de courts intervalles, il lui arrivait dans ces derniers temps de recourir au même expédient jusqu'à douze ou quinze fois dans les vingt-quatre heures.

Dans l'intervalle, cette dame reprenait ses rudes travaux sans se plaindre. Un médecin consulté examina la région à l'intérieur et déclara qu'il n'y avait rien de grave. Aux symptômes précités se joignit bientôt l'écoulement d'une humeur brunâtre sécrétée en très-grande abondance et qui entretenait dans la région malade un sentiment de cuisson et de brûlure insupportable. Des lavements furent fréquemment administrés conjointement aux bains locaux dont j'ai parlé. Mais bientôt l'introduction de la canule fut difficile et douloureuse. Au reste l'état général ne trahissait pas les désordres locaux. L'appétit restait bon, les forces convenables ; le sommeil était tranquille après les journées laborieuses, et la malade ne soupçonnait point la gravité de la lésion rectale.

Dans le courant du mois dernier, M. le docteur Josset, des Ternes, fut appelé, et après avoir examiné, reconnut une affection de mauvaise nature. Malgré sa résolution, la dame était très-impressionnable, elle accusait une sensibilité extrême lorsqu'on cherchait à explorer le rectum, et ne voulait consentir à cet examen qu'à la condition d'être chloroformée. Ceci concédé, elle acceptait tout ce qu'on voudrait faire pour la guérir.

M. Josset réclama mon avis, et nous constatâmes les particularités suivantes :

Le pourtour de l'orifice anal est le siége d'une rougeur érythémateuse assez forte ; en écartant les fesses, on aperçoit l'ouverture de l'anus très-contracté en apparence, sain toutefois en arrière, mais masqué en avant par deux tumeurs aplaties d'avant en arrière et séparées par une incisure profonde.

Ces tumeurs, du volume d'une amande chacune, étaient d'un rouge livide, fermes, peu mobiles, charnues, lisses et non ulcérées. Le sillon qui les séparait, profond de plus d'un centimètre, était au contraire recouvert d'une pulpe grisâtre, friable, ramollie, exhalant une odeur forte : c'était évidemment une ulcération en forme de fissure, reposant sur un fond carcinomateux.

Le toucher rectal démontra que la production morbide s'étendait à plus de 5 centimètres en hauteur ; elle formait dans le rectum une masse fongueuse, lobulée, inégale, dure, ulcérée, composée de mamelons volumineux séparés par des incisures profondes ; elle occupait toute la moitié antérieure de l'intestin et présentait au moins 4 centimètres dans son diamètre transversal. Cependant ses limites latérales étaient bien circonscrites, et en dehors de ses bords épais

et brusquement circonscrits on retrouvait la paroi intestinale molle et souple. Les limites supérieures étaient tout aussi bien définies, et en poussant le doigt profondément, on sentait le bord supérieur de la tumeur arrondi et surmonté par les parties saines. Le doigt sortait du rectum couvert de sanie sanguinolente, et quelques gouttes de sang suintaient de la surface de l'ulcération.

Le toucher par le vagin fournissait à son tour des renseignements précieux. La masse morbide, en effet, proéminait beaucoup dans le vagin, dont elle comblait en partie la cavité; elle formait de ce côté une saillie fortement convexe dans le sens vertical et dans le sens transversal. La moitié postérieure de la circonférence du vagin était envahie. En haut, on atteignait sans peine le sommet de la tumeur, séparé de la lèvre postérieure du col de l'utérus par un espace où la paroi était saine ; il en était de même pour la paroi antérieure.

La muqueuse du vagin, munie de ses rides et de ses plis, recouvrait la tumeur en y adhérant ; elle était même perforée dans un point, et l'ulcération était de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

Il résultait de cet examen que la tumeur occupait environ les trois quarts inférieurs de la cloison recto-vaginale, qu'elle avait ménagé en bas les téguments du périnée, qu'elle s'étendait latéralement jusqu'aux bords latéraux du vagin et du rectum ; qu'elle mesurait en épaisseur, c'est-à-dire d'avant en arrière, 4 centimètres; qu'elle avait débuté par l'intestin, et n'avait envahi le vagin que consécutivement; qu'elle était bien circonscrite, mobile de haut en bas et libre par conséquent de toute adhérence profonde; qu'enfin, partout entourée de parties saines, elle était assez loin du cul-de-sac péritonéal pour que l'ablation en fût chirurgicalement possible.

L'état général ne contre-indiquait pas d'ailleurs cette tentative. La malade était vigoureuse, pleine d'énergie; les grandes fonctions s'exerçaient bien. Il n'y avait point de signes de cachexie, point de tuméfaction du ventre, point d'engorgement ganglionnaire appréciable. Les douleurs devenaient vives; l'écoulement âcre et cuisant venu de la surface ulcéré était très-abondant, infect, et irritait beaucoup les téguments. Enfin, le développement du mal menaçait cette malheureuse dame de toutes les tortures d'une obstruction anale avec rétention des matières, accident qui rend si cruelle l'évolution du cancer rectal.

D'après ses caractères physiques, la tumeur paraissait appartenir à la classe des épithéliomas, dont la récidive peut tarder à se produire et dont la guérison radicale après une extirpation suffisante n'est point impossible.

Tous ces motifs me décidèrent à proposer une opération, qui fut acceptée sur-le-champ. Je ne me dissimulais cependant ni les difficultés d'exécution ni les dangers inhérents à cette tentative. L'hémorrhagie primitive et consécutive, la nécessité de l'hémostase, l'infection putride, le phlegmon pelvien, l'érysipèle, étaient autant de complications à redouter. De plus, en supposant ces accidents écartés ou conjurés, je songeai aux dégâts que l'extirpation occasionnerait de toute nécessité. Il ne fallait, en effet, rien moins que détruire la moitié antérieure du rectum et la moitié postérieure du vagin, en un mot la cloison tout entière. En supposant la cicatrisation obtenue, je produisais de cette manière un vaste cloaque ayant pour parois les moitiés respectées du rectum et du vagin, séparées par un tractus cicatriciel vertical, cloaque dans lequel s'aboucherait le col de l'utérus et que baigneraient les matières fécales dont, faute de sphincter, l'incontinence devenait imminente. Toutefois cette incontinence, outre qu'elle donne lieu à des accidents moins sérieux que la rétention par rétrécissement, pouvait être palliée par la portion restante du sphincter, qui par les progrès de la cicatrisation devait venir s'insérer en avant sur les bandes cicatricielles verticales, et sinon fermer totalement, du moins rétrécir et infléchir le canal recto-vulvaire de manière à entraver l'issue trop prompte des fèces.

Toutes ces considérations mises dans la balance, et l'avenir étant acceptable, il s'agissait encore d'atteindre cet avenir, c'est-à-dire d'employer un procédé qui exposât le moins possible la vie pendant les premières phases de l'opération. Pour des raisons que je développerai plus loin, je rejetai la ligature, la cautérisation et aussi l'instrument tranchant; si j'avais en particulier adopté cette dernière méthode, les sections latérales auraient porté sur les côtés du vagin et du rectum, c'est-à-dire dans le point précisément où ces conduits reçoivent leur principaux vaisseaux.

J'adoptai de préférence l'écrasement linéaire, et procédai de la manière suivante, le 5 septembre, assisté de M. le docteur Josset et de MM. Dubreuil et Bergeron, internes à l'hôpital Saint-Louis :

Le chloroforme administré, la malade fut couchée sur le côté gauche au bord de son lit et dans l'attitude usitée pour l'opération de la fistule à l'anus. J'introduisis dans le rectum un spéculum métallique univalve, la gouttière tournée vers le vagin, sa convexité répondant au sacrum; un aide tenait ce spéculum et dilatait l'intestin. Ayant reconnu par le toucher les limites supérieures du mal avec l'index gauche introduit dans le vagin, ce doigt me servit à conduire l'extrémité d'un grand trocart courbe, avec lequel je transperçai la cloison recto-vaginale à un 1 centimètre au-dessus de la tumeur, et, comme

celle-ci s'étendait plus à gauche qu'à droite, je fis la ponction à droite, afin de faire d'abord une section verticale correspondante au bord droit de la tumeur. Le spéculum univalve servant de gorgeret, j'enfonçai hardiment le trocart à travers la cloison sans craindre de blesser la paroi postérieure du rectum. Le poinçon retiré, je conduisis à travers la canule une sonde flexible munie d'un fil qui entraînait après lui la chaîne d'un écraseur droit. Je formai avec cette chaîne une anse verticale, qui divisa la cloison de haut en bas sur le bord droit de la tumeur. La peau étant, comme on le sait, difficile à couper avec la chaîne, je l'incisai superficiellement depuis le côté droit de l'anus jusqu'à la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la grande lèvre droite; le sillon ainsi formé par le bistouri servait à loger la chaîne; celle-ci étant serrée, la section fut commencée.

Je me servais de l'écraseur de M. Chassaignac, auquel je n'hésite pas à accorder la préférence sur tous les instruments de cette nature, et je faisais quatre crans à la minute. La première section fut effectuée en quinze ou seize minutes. Il s'écoula un peu de sang dans les manœuvres qui précédèrent le placement de la chaîne; la tumeur en fournit une certaine quantité également lorsqu'elle commença à être étreinte et condensée, mais la surface de section elle-même resta tout à fait exsangue.

Ce premier temps donna de suite beaucoup d'espace. Je pus alors porter sur la tumeur, qui ne tenait plus que par son bord gauche et son extrémité supérieure, trois érignes : l'une sur la portion périnéale, l'autre sur la portion moyenne de la tumeur, la troisième sur la cloison recto-vaginale.

A l'aide de ces trois instruments, je pus attirer la tumeur presque entièrement au dehors; il me fut alors facile de circonscrire la tumeur en employant cette fois un écraseur courbe, dont la concavité répondait à la masse morbide. Même incision cutanée périnéale que du côté droit; même lenteur dans la constriction, ct au bout de dix-sept ou dix-huit minutes, chute de la tumeur, qui offrait le volume d'une pomme de moyenne grosseur.

Il ne s'écoula pas une goutte de sang. Les deux sections étaient lisses, nettes, régulières; elles portaient évidemment sur des tissus sains dans leurs 5/6es inférieurs. Mais en reportant le doigt à la partie la plus élevée de la vaste excavation que je venais de produire, je reconnus sur les parties latérales du rectum deux points indurés qui paraissaient suspects. Ils étaient très-accessibles, grâce à la large perte de substance que je venais de faire. Une érigne double, implantée dans la première de ces tumeurs, l'abaissa, l'attira vers l'in-

térieur ; un fil ciré servit à former un pédicule artificiel, sur lequel la chaîne fut jetée ; en trois ou quatre minutes, ce tubercule fut enlevé. J'en fis autant pour le second point induré ; mais soit maladresse, soit précipitation, je m'aperçus en serrant la chaîne, que l'érigne était comprise dans l'anse, alors que celle-ci était trop serrée pour qu'il fût possible de dégager l'instrument étreint. Je dus me décider à réséquer avec le bistouri la petite tumeur à laquelle étaient fixés l'érigne et l'écraseur.

La portion que je dus diviser ainsi n'était certainement pas aussi volumineuse que la dernière phalange de mon doigt auriculaire, et cependant, sur ce champ si limité, se trouvaient trois artérioles dont l'ouverture fournit en quelques instants beaucoup plus de sang qu'il ne s'en était perdu dans toute l'opération antécédente ; une ligature jetée aussitôt sur le plus gros des trois vaisseaux, la pression du doigt, continuée quelques moments sur les deux autres, firent cesser aussitôt l'hémorrhagie. Mais ce petit incident me prouvait en passant la supériorité de l'écraseur et le nombre infini de vaisseaux que j'aurais ouverts si j'avais opéré avec le bistouri ; la démonstration était péremptoire.

L'opération était terminée, et j'avais sous les yeux une large brèche infundibuliforme, n'ayant guère moins de 10 centimètres d'avant en arrière, et 7 environ de hauteur. Je la remplis mollement de charpie fine. Un épais plumasseau imbibé d'eau fraîche, des compresses, un bandage en T, terminèrent le pansement.

L'opération, y compris l'anesthésie préparatoire, avait duré bien près d'une heure, mais tout avait réussi à souhait.

Dans les premiers moments, et lorsque le réveil était encore incomplet, la malade s'agita, cria et accusa de la douleur dans la région opérée ; puis tout se calma rapidement ; une heure n'était pas écoulée, que toute trace de sensibilité avait disparu. J'ordonnai pour le reste de la journée un bouillon, du potage même, et en raison de l'excitabilité très-grande de la malade, je conseillai pour la nuit quelques cuillerées d'une potion calmante.

La nuit fut excellente ; le lendemain il n'y avait ni fièvre, ni douleurs, ni accident quelconque. La partie extérieure du pansement fut seule renouvelée. Elle n'était pas souillée par une seule goutte de sang. La malade prit avec le plus grand plaisir du bouillon, du vin de Bordeaux, une côtelette de mouton et une croûte de pain. Le tout fut très-bien digéré.

Discussion à l'occasion du procès-verbal.

M. VERNEUIL. Je désire donner quelques renseignements sur mon

opération. Elle date de neuf jours. Les suites ont été naturelles : pas de fièvre, pas d'agitation. Comme il n'y avait pas de selles, j'ai donné un léger purgatif. Au quatrième jour, les surfaces se sont détergées de cet enduit blanchâtre qui les couvre souvent. Aujourd'hui la plaie est réduite d'un tiers, la suppuration est de bonne nature; tous les tissus ambiants sont souples. Ainsi l'état général et l'état local sont excellents. Je veux faire remarquer la bénignité absolue des suites de cette opération, surtout après une perte de substance si considérable.

Les causes qui ont amené ce résultat avantageux sont nombreuses. La première, c'est l'absence de douleur pendant toute la durée de l'opération; la seconde, c'est l'ablation de la tumeur sur-le-champ; la troisième, c'est l'absence de l'hémorrhagie. Il n'est pas indifférent, en effet, de laisser perdre du sang à un malade déjà affaibli. Or c'est là un des plus grands avantages de l'écraseur. La quatrième, enfin, tient à ce que, la plaie étant exsangue, les pansements ultérieurs sont simples, pas de styptiques, pas de tamponnements, etc. Il suffit de quelques bourdonnets, de compresses imbibées d'eau fraîche. Tous ces avantages ne se trouvent pas dans les autres méthodes. Si, il y a dix ans, on avait entrepris l'ablation d'une tumeur semblable, il aurait fallu employer le bistouri, puis des ligatures multiples, et peut-être la cautérisation, pour empêcher ou arrêter une hémorrhagie. Si la Société me le permet, je ferai une comparaison rapide entre les méthodes anciennes et la méthode de l'écraseur.

Par le bistouri, les difficultés et les dangers entouraient l'opération. Il aurait fallu aller vite, et l'on aurait ouvert nécessairement des veines volumineuses; d'où l'obligation d'avoir recours à l'hémostasie, aux astringents, au perchlorure de fer et à la cautérisation au fer rouge, etc.; or tous ces moyens sont plus ou moins dangereux. Si on avait employé le tamponnement, on aurait pu avoir des inflammations consécutives, en l'appliquant dans des cavités profondes et irrégulières. Avec l'écrasement linéaire, rien de semblable ne nous a menacé.

Si on avait employé la ligature multiple, on aurait fait une opération laborieuse, non précise et dont l'inconvénient le plus grave était la douleur, non-seulement pendant, mais après la manœuvre. Les phénomènes consécutifs à cette ligature sont la mortification et l'élimination des tissus. Si dans cette méthode les phénomènes primitifs sont moins effrayants, s'il y a moins à redouter l'hémorrhagie, il faut reconnaître que les phénomènes consécutifs, tels que l'inflammation et la suppuration, sont très-redoutables. Or, l'écrasement linéaire ne nous expose point à tous ces inconvénients.

La cautérisation nous offre-t-elle quelques avantages? Voyons-le.

Dans ce cas, il n'y avait pas à penser à l'emploi du fer rouge, qui n'aurait pas pu détruire toute la masse morbide. Il fallait dès lors se résigner à employer les flèches. Or, ces agents destructeurs rassurent bien contre l'hémorrhagie; mais la cautérisation est longue, incertaine, douloureuse; les pansements sont difficiles, elle est donc accompagnée d'inconvénients nombreux que nous évitons sûrement avec la méthode de l'écrasement linéaire. En effet, dans l'opération que j'ai pratiquée, j'ai eu tous les avantages des méthodes anciennes sans en subir les inconvénients. Ces avantages sont : la promptitude, la précision, l'absence de douleur primitive et consécutive, l'absence d'hémorrhagie, la facilité des pansements. Tout prouve donc que dans ces opérations la méthode de M. Chassaignac est infiniment supérieure.

Je ne veux pas terminer cette communication sans faire ressortir une autre considération importante en faveur de la méthode de M. Chassaignac. Quelquefois le chirurgien se trouve en présence de tumeurs malignes tellement étendues, qu'il n'ose rien faire parce qu'il sait que l'ablation de ces tumeurs, même lorsqu'elle n'est que partielle, est susceptible d'amener toute une série d'accidents souvent graves. Eh bien, la méthode de l'écrasement linéaire nous paraît appelée à rendre des services dans ces circonstances. L'écraseur peut servir à faire des opérations palliatives, puisqu'avec son emploi on ne craint plus les accidents primitifs des opérations chirurgicales.

M. CHASSAIGNAC. Si je prends la parole, ce n'est point pour prôner ma méthode, mais pour rappeler des faits analogues à celui que M. Verneuil vient de nous communiquer.

Avant d'avoir trouvé cette méthode, je fus appelé à l'hôpital Necker à enlever une tumeur volumineuse de la cloison recto-vaginale. Je fus obligé, dans cette circonstance, de cerner la tumeur par une série de ligatures. Pour prévenir l'hémorrhagie, il n'y avait pas possibilité d'aller au fond de la plaie saisir les vaisseaux ouverts, de sorte que j'étais alors dans une grande perplexité. J'ai, du reste, publié ce fait dans la *Gazette des Hôpitaux ;* aujourd'hui je pense que cet embarras n'existe plus quand on emploie l'écraseur linéaire.

Le fait de M. Verneuil me rappelle une condition importante pour l'ablation des cancers du rectum. D'un grand nombre d'opérations pratiquées par moi pour ces affections, il résulte qu'il faut établir une distinction, suivant que le sphincter est intact ou qu'il est atteint.

Dans le premier cas, l'affection est toute bénigne, elle est cachée, elle se développe dans l'excavation. Rien, dans les fonctions, n'avertit les malades. Au contraire, quand le sphincter est touché, il existe

une série d'accidents vraiment intolérables, si bien qu'alors on est heureux de pouvoir faire une opération même palliative.

Or, sans l'écraseur linéaire, quel est le chirurgien qui voudrait se hasarder à enlever une partie de cette tumeur? Avec l'écraseur, au contraire, l'opération est facile, et ses résultats sont des plus satisfaisants. Le malade se trouve, en effet, considérablement soulagé; bien plus, l'amaigrissement cesse et l'embonpoint revient; la cachexie dite *cancéreuse*, et que je regarde comme produite uniquement par l'absorption de matières putrides, disparaît à son tour.

Un autre fait m'a beaucoup frappé : je croyais qu'après les ablations partielles les matières ne seraient point retenues, eh bien, il n'en est point ainsi. Voici ce que j'ai observé : D'abord, il y a incontinence des matières fécales, puis la suppuration s'établit. Peu à peu la sanie purulente diminue, et à la fin les matières sont retenues. J'ai observé cette rétention consécutive, même dans les cas où j'avais opéré très-haut. L'intestin a le pouvoir de se *sphinctériser*, si je puis me servir de cette expression. J'ai dans mon service, en ce moment, un malade que j'ai opéré il y a six ans. Actuellement il est bien guéri et il conserve parfaitement ses matières. Il existe seulement un léger suintement quand les matières sont liquides.

Ainsi, pour me résumer, je crois que certains états qui sont au-dessus des moyens curatifs peuvent être efficacement attaqués par des moyens palliatifs, surtout quand ces moyens n'offrent aucun danger dans leur emploi. Or, l'écraseur linéaire est précisément dans ces bonnes conditions. L'ablation partielle des tumeurs nous paraît donc une opération qui est bonne et qui deviendra plus générale, grâce à notre méthode.

Je ne veux ajouter que quelques mots sur l'opération de M. Verneuil. Je vois avec plaisir que le spéculum univalve a été employé pour protéger les tissus contre la pointe des aiguilles qui sont passées à la base de la tumeur; c'est là une bonne méthode.

Il y a eu aussi une circonstance que je veux expliquer. Ainsi, quelquefois, quand l'écraseur est poussé jusqu'au bout, il arrive qu'il ne peut ni marcher ni reculer. Dans cette circonstance, on se laisse tenter, et l'on coupe avec le bistouri ou des ciseaux le pédicule qui reste. Il ne faut point agir ainsi, parce que l'on peut avoir une hémorrhagie par cette petite incision. Il suffit pour faire marcher l'instrument de faire quelques efforts de pression sur les côtés de l'instrument, qui est immédiatement dégagé.

J'ajouterai encore un mot sur les phénomènes consécutifs aux opérations. Ce qui compromet souvent leur succès, c'est ce que j'appelle le *trombus post-opératoire*, autrement dit les petites hémorrha-

gies. Quand cet accident se déclare, on est obligé de défaire le pansement. Or cela produit toujours une impression pénible sur le malade et une irritation fâcheuse sur la plaie. Le tout s'accompagne nécessairement d'une douleur plus ou moins vive. L'écraseur n'expose pas à cet accident, et ces avantages se montrent surtout dans les ablations du sein. Quelques personnes ont trouvé mauvais que je cherche à donner une grande extension à ma méthode; mais le but que je cherchais à atteindre est ma justification : je voulais être utile.

M. RICHARD. Je professe pour l'écraseur linéaire une profonde estime ; j'ai pour lui un amour filial, mais non paternel. Ainsi, je ne suivrai point M. Chassaignac quand il veut en faire l'application à l'ablation des tumeurs du sein. Quant aux hémorrhagies qui surviennent quelques heures après l'opération, je crois qu'elles tiennent uniquement à ce que la ligature des artères a été incomplète. Eu égard aux suites de l'extirpation de la zone sphinctérienne dans les cancers du rectum, je pense que M. Chassaignac a trop embelli le tableau ; il ne faudrait pas accepter sa manière de voir dans toute son extension. Quant à moi, contrairement à M. Chassaignac, j'affirme que la règle, dans ces cas, c'est qu'après l'ablation du sphincter le malade ne peut plus retenir ses matières fécales. Je m'explique : les malades peuvent bien, à la vérité, se maintenir propres, mais ils n'ont pas d'autres avantages : ils ne peuvent pas aller à la garde-robe à volonté. L'opération partielle, dans les cas de cancer rectal, laissant le tube intestinal dégénéré au-dessus du point coupé, ce tube est inerte, non contractile, et il est évident que dans cette circonstance les matières seront encore plus difficilement maintenues. Je viens donc prier notre collègue de vouloir bien nous donner quelques explications sur des appréciations que je regarde comme empreintes d'exagération.

M. CHASSAIGNAC. Au début de mes recherches sur l'application de l'écraseur, j'avais entrepris l'ablation du sein avec mon instrument ; cependant je n'avais pas été satisfait, et je l'avais abandonné pour me servir du bistouri. Mais j'ai vu survenir des accidents nombreux, tels que : érysipèle, phlegmons, hémorrhagies, etc. C'est alors que j'ai songé à l'emploi des caustiques ; mais leur emploi est long, douloureux, incertain ; de sorte que, sans y mettre de l'obstination, j'en suis revenu à ma méthode. A partir de ce moment, j'ai eu beaucoup moins d'accidents ; j'ai bien vu quelques érysipèles se manifester dans l'épidémie que nous venons de traverser ; mais c'est tout ce que j'ai observé. Pour tous ces motifs, je crois qu'il y a un avantage marqué en faveur de l'écrasement linéaire.

Quant à la question du sphincter, M. Richard a touché un point

très-important, et il a fait des remarques très-justes. Je reconnais avec lui que dans le cancer du rectum, si l'ablation est partielle, il est certain qu'il y aura incontinence des matières; mais je maintiens que si l'ablation est totale, les matières seront retenues, non pas toutefois avec la même énergie que dans l'état naturel, mais d'une manière assez complète.

M. HUGUIER. Je veux dire deux mots sur l'ablation du sein par l'écraseur linéaire. Je crois la méthode de M. Chassaignac excellente dans son principe général. Cependant, pour le sein, je pense qu'il ne faut l'employer que dans les cas exceptionnels. Elle sera bonne, par exemple, si le cancer est squirrheux et si la glande est pédiculisée, et encore, dans cette circonstance, je serais d'avis de faire une incision circulaire sur la peau avec le bistouri. Mais elle ne sera pas applicable dans deux autres variétés de cancer mammaire :

1° Quand la tumeur aura contracté des adhérences avec le grand pectoral;

2° Chez les femmes grosses et grasses, chez lesquelles le cancer est ramescent et quelquefois disséminé par noyaux.

Je sais que M. Chassaignac va nous dire qu'après l'ablation de la tumeur principale on peut procéder à l'extirpation des tumeurs accessoires. Mais si pour cela on emploie le bistouri, les avantages de l'écrasement linéaire disparaissent complétement. Je n'ai pas besoin d'ajouter que les cancers du sein qui auraient contracté des adhérences aux côtes seraient inopérables par l'écraseur.

M. CHASSAIGNAC. Je reconnais toute la valeur des observations faites par M. Huguier. Cependant, pour les cancers multiples, je pense qu'après l'ablation de la tumeur principale, comme il reste une surface plane, on pourrait avec des aiguilles courbes pédiculiser les tumeurs accessoires et passer la chaîne au-dessous des fils. En sacrifiant un peu plus de tissu sain, l'écraseur est donc encore possible dans cette circonstance.

Quant aux cancers du sein en particulier, je crois que si leur ablation donne lieu à des accidents, c'est uniquement parce que l'on a employé d'autres moyens que l'écraseur. Tout récemment, avec un médecin de l'hôpital Lariboisière, j'ai enlevé en ville une tumeur du sein au moyen de l'écraseur. L'opération était terminée, lorsque j'aperçus un noyau induré à la surface du grand pectoral. J'en fis l'extirpation au moyen d'un coup de ciseaux. Je fis le pansement comme à l'ordinaire. Cinq ou six heures après, vers trois heures de l'après-midi, on vint me chercher en toute hâte pour une hémorrhagie. En arrivant, je trouvai la malade expirante. Un médecin avait été appelé, le pansement avait été enlevé. Une artère, battant et

donnant du sang précisément au niveau du coup de ciseaux, était la cause de l'hémorrhagie. Il n'y eut pas de suites fâcheuses ; mais si la plaie eût été anfractueuse, il y aurait eu une certaine gravité.

M. HUGUIER. Dans les observations que j'ai faites, je n'ai eu qu'un but, celui de m'éclairer. Ainsi, je crois qu'il y a une autre complication du sein qui ne se prête pas à l'écrasement; c'est l'engorgement des ganglions lymphatiques qui se trouvent sous le bord inférieur du grand pectoral. Dans une bonne opération, il faut les enlever. Or comment les atteindre avec l'écraseur ? Cela me paraît bien difficile, tandis qu'avec le bistouri on les enlèvera plus facilement. Si on a employé l'écraseur, il faudra dès lors faire une opération mixte qui n'offrira aucun avantage réel.

M. RICHET. Je ne veux pas parler de l'ablation du sein; mais je veux revenir sur ce que M. Chassaignac appelle la *sphinctérisation* de l'intestin. Des faits nombreux observés par moi me permettent d'affirmer que cette propriété est loin d'être aussi évidente que M. Chassaignac le croit. Parmi les opérés que j'ai soumis au procédé de M. Denonvilliers, qui consiste à enlever le rectum et son sphincter en pratiquant une longue incision sur les côtés du coccyx, je puis citer un malade que j'ai observé d'une manière spéciale. C'était un garçon qui ouvrait les voitures sur la place du Parvis Notre-Dame. M. Marjolin l'avait d'abord opéré d'un cancer du rectum, pendant son séjour à l'hôpital Saint-Antoine. Plus tard, ce malade revint au même hôpital, croyant y trouver encore M. Marjolin, et je pus observer qu'il y avait récidive et que l'opération était encore praticable. J'enlevai les tissus dégénérés aussi haut que possible; et ayant employé le procédé de Récamier à anses multiples, je ne suis pas sûr de ne pas avoir intéressé le péritoine. Quoi qu'il en soit, cet homme guérit fort bien. Quatre ans après cette dernière opération, il est venu me voir à l'hôpital Saint-Louis. Je l'ai examiné et touché attentivement ; j'ai vu une petite ulcération au pourtour de l'anus nouveau. Je lui ai demandé comment il allait à la selle. Il n'a pas de sphincter. Le rectum est collé sur les parois du bassin; si on introduit le doigt dans l'anus, on pénètre facilement, sans vaincre d'obstacle; si le malade fait des efforts, il n'y a aucun effet produit sur le doigt. Les matières solides sont retenues pendant trois, quatre et quelquefois cinq heures tout au plus. Quand le besoin se fait sentir, il ne peut différer; les matières s'échappent aussitôt. Quand les matières sont liquides, elles s'écoulent involontairement et continuellement, de sorte que le malade est obligé de se garnir.

J'ai examiné ce malade avec d'autant plus de soin, que j'étais en discussion sur ce sujet avec M. Malgaigne, et je puis affirmer que

chez lui, comme chez beaucoup d'autres, les matières ne sont pas retenues après la destruction du sphincter naturel.

M. CHASSAIGNAC. Quand j'ai parlé de la sphinctérisation, je ne voulais pas être absolu. Je n'ai pas prétendu que la volonté eût de l'influence sur ce nouveau sphincter. Ce qui se produit, c'est évidemment un sphincter imparfait ; c'est, si l'on veut, un orifice un peu résistant, qui est facilement vaincu par les moindres efforts musculaires. J'ai actuellement dans mon service un malade qui pourrait servir à juger la question.

Chez le malade observé par M. Richet, je m'explique l'incontinence par la récidive qui existe manifestement, puisqu'il y a une ulcération sur la cicatrice. Cette propriété de l'intestin m'a fort surpris; mais il faut l'accepter, parce qu'elle repose sur une observation rigoureuse, et je la signale à la Société pour la soumettre à son contrôle.

M. RICHET. Je n'ajouterai qu'un mot. Ce n'est pas évidemment la récidive qui peut avoir produit l'incontinence. Cet homme est dans cet état depuis trois ans, bien avant l'apparition de l'ulcération.

M. LABORIE. La thèse soutenue par M. Chassaignac a été aussi soutenue par Lisfranc, qui s'expliquait la rétention des matières par les sinuosités de la cicatrice.

— M. TRÉLAT. Je demande pardon à la Société de revenir sur la luxation du coude que j'ai présentée. M. Giraldès a affirmé qu'il y avait non-seulement luxation, mais fracture. Quant à moi, je ne pense pas qu'il y ait fracture. Voici les raisons sur lesquelles je me fonde pour être aussi explicite :

1° Après avoir examiné de nouveau, je n'ai pas pu découvrir de fracture;

2° Tous les membres de la Société qui ont fait ici le même examen n'en ont pas trouvé non plus;

3° Les mensurations les plus complètes et les plus précises déposent en faveur d'une luxation et non en faveur d'une fracture.

Telles sont les raisons générales sur lesquelles je m'appuie; voyons maintenant les raisons spéciales. En supposant l'existence d'une fracture, quelle serait cette fracture? Je ne trouve les caractères de fracture ni dans l'épitrochlée, ni dans l'épicondyle, ni dans la trochlée, ni dans l'apophyse coronoïde, ni dans l'extrémité inférieure de l'humérus.

M. GIRALDÈS. M. Trélat a raison de nous faire part de ses doutes; mais je vais, à mon tour, exposer les motifs qui ont servi de base à mon diagnostic. L'examen de la luxation me prouve que c'est une variété assez rare, et en cela je suis de l'avis de M. Trélat. Quant à la fracture, je la crois indubitable. Seulement aujour-

d'hui c'est une fracture consolidée, et par conséquent plus difficile à reconnaître. Néanmoins, si l'on considère qu'il existe en arrière de l'humérus une saillie que l'on ne trouve pas du côté sain, l'on sera bien obligé de reconnaître qu'il y a eu fracture complète ou incomplète dans ce point. Il n'y a là rien de surprenant, quand on pense à la fréquence des fractures sans déchirure du périoste chez les enfants, fractures qui laissent moins de traces que chez les adultes.

M. TRÉLAT. Dans la pensée de M. Giraldès, il y aurait eu fracture de l'épicondyle ou dans son voisinage. Or, je ne vois pas comment cette fracture aurait pu devenir un obstacle à la réduction de la luxation en s'opposant à la descente du cubitus. Comme le radius n'a pas changé de position, je persiste dans mes doutes.

— M. BÉRAUD lit la note suivante sur l'application de l'électricité proposée par M. Kuhn pour expulser le placenta retenu dans la cavité utérine.

Dans la précédente séance, M. le président nous a communiqué une lettre de M. le Dr Kuhn, dans laquelle ce médecin dit avoir retiré un bon résultat de l'emploi de l'électricité dans la rétention du placenta. Aucun membre de la Société n'a pris la parole à l'occasion de cette communication. M. Laborie, notre honorable président, me pria alors de faire un résumé de l'observation de M. Kuhn pour l'insérer dans nos *Bulletins*. Tout en remplissant la tâche qui m'était confiée, je me suis bientôt aperçu que si l'observation était digne d'intérêt, l'explication donnée par l'auteur et les déductions qu'il en avait tirées étaient attaquables.

Mais avant de vous présenter quelques objections, permettez-moi de vous rappeler en quelques mots l'observation qui fera le sujet de cette petite discussion.

Le 17 décembre 1860, dit M. Kuhn, je suis appelé auprès d'une femme multipare et bien conformée. L'enfant se présente en première position du sommet; les contractions utérines sont peu énergiques. Quoique à terme, l'enfant offre en naissant un développement peu avancé; le cordon est long et grêle. Pour opérer la délivrance, une demi-heure après l'expulsion de l'enfant, j'exerce des tractions légères sur le cordon, qui se rompt immédiatement, et le placenta ne sort point. Une demi-heure après, l'orifice utérin est fermé; je donne plusieurs doses de seigle ergoté, sans autre résultat qu'une sorte de frémissement continu de la matrice, non suivi d'efforts d'expulsion.

Au bout de dix-huit heures, j'ai recours au galvanisme pour obtenir des contractions.

L'un des pôles de la pile de Legendre fut appliqué sur le fond de

l'utérus à l'hypogastre, et l'autre dans l'orifice du col, au moyen d'une sonde de femme. A peine le circuit était-il établi, qu'une forte contraction se produisit dans l'utérus, et instantanément le délivre, poussant la sonde au-devant de lui, vint se montrer à l'orifice vulvaire.

Telle est en résumé l'observation que nous a communiquée M. le docteur Kuhn. Voyons maintenant les réflexions dont il l'a accompagnée.

Il est possible, dit notre honorable confrère, il est même probable que de pareilles tentatives ont été faites soit avant, soit après la mienne, et que ceux qui y ont eu recours se sont promis comme moi d'y revenir, le cas échéant. Ce mode d'administration du fluide électro-magnétique est sans contredit le moyen le plus énergique et le plus instantané dans ses résultats, à savoir la contraction utérine.

Je sais, ajoute-t-il, qu'il a été employé avec succès dans les cas d'hémorrhagies foudroyantes, et je pense que la petite pile de Legendre devrait avoir sa place dans toutes les boîtes obstétricales et ne jamais quitter les accoucheurs.

Ainsi, dans ce cas, pour M. Kuhn, c'est bien l'électricité qui a provoqué la contraction dont la conséquence a été l'expulsion du délivre. M. Kuhn ne met aucun doute sur son explication. En effet, suivant les apparences, il semble au premier abord qu'il n'y a pas d'autre explication; l'électricité est appliquée, il y a contraction; donc, c'est l'électricité qui a produit cet effet. Eh bien, malgré cela, nous croyons qu'il y a dans cette explication une erreur.

L'utérus est un muscle de la vie organique; or, les muscles de cette sorte ont une très-grande différence avec les muscles de la vie animale. Tandis que ceux-ci se contractent instantanément sous l'influence d'un excitant quelconque, les autres ne se contractent que d'une manière lente, graduelle, et ils ne répondent à l'excitation que longtemps après. Tandis que les muscles de la vie animale se contractent énergiquement, brusquement, promptement, pour rentrer dans le repos dès que l'excitation a cessé, les muscles de la vie organique se contractent avec lenteur et ne rentrent dans le repos que quelques instants après l'excitation; en d'autres termes, chez eux l'effet se prolonge plus longtemps que la cause. Si ces données physiologiques sont vraies, comment accepter les paroles suivantes de M. Kuhn: « A peine le circuit était-il établi, qu'une forte contraction se produisit, et *instantanément* le délivre fut expulsé. » L'explication est évidemment en opposition avec les saines données de la physiologie.

Comment alors pouvons-nous rendre compte de cette contraction

si énergique observée par M. Kuhn? Voici notre opinion à cet égard. Nous pensons que la titillation de l'orifice utérin a été la cause véritable de cette contraction. En effet, tous les accoucheurs savent que les attouchements du col provoquent les contractions du corps utérin. Or voici que M. Kuhn, en plaçant la sonde dans le col de l'utérus, a fait à son insu une manœuvre dont l'effet a été la production d'une contraction qu'il a attribuée à tort, selon nous, à l'électricité.

Du reste, cette influence de la titillation du col sur les contractions utérines n'a rien qui doive nous surprendre; elle est parfaitement en rapport avec cette loi physiologique qui nous montre que tous les réservoirs se contractent quand on touche, quand on irrite leurs orifices.

Ainsi agissent les suppositoires pour les contractions du rectum, les irritations de l'embouchure du canal cholédoque sur la vésicule biliaire, les irritations de la gorge pour l'estomac et les inflammations du col de la vessie pour le réservoir urinaire.

Nous basant sur les données de la physiologie, nous rejetons donc l'explication de M. Kuhn et nous la remplaçons par une autre qui est incontestable.

Si la théorie de M. Kuhn n'avait pas soulevé une question de pratique obstétricale, nous ne l'aurions pas attaquée. Mais si nous avons démontré que l'électricité n'est pour rien dans les contractions obtenues, il en résulte que les déductions relatives à l'emploi de l'électricité dans ces circonstances nous paraissent peu justifiées, et, disons-le de suite, nous ne fondons pas plus d'espérance sur l'emploi de cet agent pour combattre les hémorrhagies utérines.

M. DEPAUL. Sans adopter les vues de M. Kuhn, je pense qu'il faut les examiner attentivement. M. Béraud nous assure que le fait de M. Kuhn ne prouve rien; je ne suis point aussi affirmatif, et je crois qu'il faudrait examiner la question d'une manière spéciale. Quand M. Kuhn s'est servi du mot instantanément, il n'a pas voulu exprimer sans doute que la contraction a suivi immédiatement l'application du courant électrique; il est probable que cette contraction ne s'est manifestée que quelques secondes après; alors il n'y aurait rien que de naturel dans l'explication proposée par notre confrère.

M. VERNEUIL. Je veux seulement faire remarquer que dans une question semblable il ne faut pas seulement invoquer les saines données de la physiologie, il faut avant tout s'appuyer sur des expériences directes.

M. BÉRAUD. Je répondrai à M. Verneuil que j'ai eu l'occasion de vérifier que l'électricité ne provoque pas instantanément les contractions de l'utérus. C'est un fait qui s'est passé sous mes yeux à la Ma-

ternité. Une femme avait une hémorrhagie due à l'insertion du placenta sur le col. La version et l'extraction du fœtus étant faites, l'hémorrhagie persistant, on eut recours à l'électricité, qui fut impuissante à provoquer des contractions dans le corps de l'utérus. Quant aux observations de M. Depaul, je pense qu'elles ne peuvent pas corroborer l'opinion de M. Kuhn. M. Depaul est obligé de donner au mot instantanément employé par M. Kuhn une extension et un sens qu'il ne saurait avoir. Je n'ai pas voulu insinuer que le fait de M. Kuhn ne prouve rien, j'ai seulement voulu rejeter l'explication qu'il en a donnée.

M. DEPAUL. Je pense que l'utérus peut se contracter instantanément sous l'influence d'excitations diverses, et dès lors le fait de M. Kuhn rentre dans la règle générale. Entre l'explication proposée par M. Kuhn et celle de M. Béraud, je préfère la première; et si M. Béraud a vu que l'hémorrhagie ne s'est point arrêtée sous l'influence de l'électricité, il n'a pas le droit d'en conclure que l'électricité n'a pas agi. Dans ce cas spécial, il n'y a rien de surprenant de voir le sang continuer à s'écouler, parce que les vaisseaux ouverts sont sur le col, et, quelle que soit la contraction du corps, elle est impuissante à fermer les orifices béants.

M. BÉRAUD. Je n'ai pas nié que l'utérus ne pût se contracter instantanément sous l'influence d'une excitation; mais j'ai voulu seulement établir que l'électricité était impuissante à produire ce résultat. Du reste, dans le cas que j'ai observé, comme l'utérus venait d'être désempli, il était dans des conditions on ne peut plus favorables pour répondre à l'excitation électrique; or il resta impassible. Dans le cas de M. Kuhn, les conditions sont tout opposées; l'utérus est revenu sur lui-même depuis dix-huit heures, et vous voulez que sous l'influence d'un excitant, de l'électricité, il se contracte instantanément! Je ne saurais partager cette manière de voir.

M. LABORIE. Je ferai remarquer que l'appréciation de M. Kuhn a été faite avec la plus grande réserve; il soumettait plutôt une opinion à notre appréciation qu'il n'avait voulu en formuler une à lui.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. HUGUIER présente deux pièces.

La première se rapporte à une *tumeur fibreuse* et à des polypes fibreux intra-utérins.

Cette observation se faisait remarquer par les caractères suivants :

1° Pendant la vie, on sentait à l'hypogastre deux tumeurs, dont une molle, souple, comme fluctuante, l'autre dure, rénitente.

2° Sortie de la tumeur polypeuse hors de l'utérus *post mortem*.

3° Ulcération des deux tumeurs sur leurs faces correspondantes.

4° Pédicule dans la tumeur intra-utérine.

5° Composition anatomique mixte du polype, ce qui, au point de vue anatomique, forme un polype fibro-utérin.

6° Au point de vue opératoire, la tumeur inférieure présentait un pédicule formé par du tissu utérin dans lequel il y avait des vaisseaux.

7° La partie inférieure de la tumeur formée par du tissu utérin avait subi une hypertrophie notable, pendant que le pédicule s'est allongé, atrophié en quelque sorte.

La seconde pièce a trait à une observation de cancer épithélial de la langue, ayant envahi en même temps la partie antérieure du plancher buccal.

— M. DEPAUL présente un polype qu'il a enlevé récemment dans l'utérus.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

L'un des secrétaires annuels, BÉRAUD.

Séance du 18 septembre 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine;

2° Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique* (2e série, t. IV, nos 6 et 7 ; Bruxelles, in-8°) ;

3° Le *Bulletin médical du nord de la France* (Lille, septembre 1861);

4° Le *Journal trimestriel de médecine pratique de Prague* (1861).

— M. Guersant offre à la Société de chirurgie :

1° Les *Thèses de l'Ecole de médecine*, de 1823 à 1830, 63 volumes;

2° La *Gazette des Hôpitaux*, de 1820 à 1843, 17 volumes;

3° Un Van Swieten en 5 volumes;

4° Un Boërhaave en 5 volumes.

En tout, 90 volumes.

M. le président adresse à M. Guersant les remercîments de la Société.

—M. le docteur Rouyer, médecin à Recey-sur-Ource (Côte-d'Or), adresse à la Société la relation très-succincte de trois observations relatives à des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage.

Dans le premier fait, il s'agit d'une femme de cinquante-neuf ans atteinte d'un rétrécissement de l'œsophage. Déjà, à plusieurs reprises, le bol alimentaire s'était arrêté momentanément au niveau du rétrécissement, et les accidents avaient disparu spontanément; un jour, la déglutition devint impossible, et M. Rouyer fut appelé. Il parvint à faire disparaître les accidents, en refoulant le bol alimentaire à l'aide d'une éponge fixée à l'extrémité d'une baleine.

Le deuxième cas est plus intéressant. C'est un fragment d'os (d'une côte) qui a été avalé par mégarde. Le jeune homme, âgé de vingt-trois ans, avait mangé sa soupe, et un vomitif ayant été ordonné par M. Rouyer, le malade rendit le corps étranger avec les matières renfermées dans l'estomac.

Dans le troisième fait, il s'agit encore d'un fragment d'os arrêté dans l'œsophage. Le malade, âgé de trente-huit ans, n'avait pas mangé, et M. Rouyer ne crut pas devoir prescrire un purgatif. Il se servit d'une éponge fixée au bout d'une baleine, et la fit parcourir l'œsophage. L'éponge dépassa le corps étranger, mais celui-ci fut accroché et ramené avec l'éponge. Il n'y eut pas d'accidents.

— M. Giraldès fait part à la Société de la mort d'un de ses correspondants, le docteur Mathieu Jones, chirurgien à l'hôpital de Jersey. C'est une perte très-grande pour la science. Notre confrère s'était déjà signalé par des travaux remarquables sur les résections articulaires. Il a succombé aux suites d'une affection contractée en soignant ses malades avec un dévouement au-dessus de tout éloge.

— M. le président prie M. Giraldès de transmettre à la famille les regrets de toute la Société.

DISCUSSION A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE.

M. HUGUIER. Les faits relatés par M. Rouyer sont intéressants et importants pour la pratique ; mais il ne faudrait pas les laisser passer sans porter sur eux une appréciation. Un jeune chirurgien ne doit pas les regarder comme un modèle à suivre. Une pièce de monnaie se trouve engagée dans l'œsophage, elle produit des accidents; il n'y a rien de plus naturel que de la faire tomber dans l'estomac ; c'est là une bonne pratique. Mais il s'agit d'un os arrêté dans ce canal. La première condition, c'est de ne pas le faire voyager. Si, avec un instrument, vous le poussez vers l'estomac, vous vous exposez à une perforation presque certaine de l'œsophage. Si, voulant le faire remonter, vous introduisez un instrument dont l'extrémité est armée d'une

éponge, vous ne pouvez le ramener au dehors qu'à la condition de faire des éraillures plus ou moins profondes à la muqueuse œsophagienne. Notez bien que je ne parle pas de cet autre accident qui peut survenir quand on emploie l'éponge pour remonter le corps étranger.

Il arrive quelquefois, en effet, que l'éponge s'imbibe de liquides, et alors, après avoir passé au-dessous du corps étranger, elle ne peut plus être extraite sans accident sérieux. Pour toutes ces raisons, je pense que dans les cas cités par M. Rouyer il vaudrait bien mieux avoir recours à la pince de M. Charrière ou aux instruments lithotriteurs.

M. LARREY. Je partage entièrement la manière de voir de M. Huguier, et si je prends la parole, c'est uniquement pour dire qu'il ne faudrait pas oublier la pince de M. Jules Cloquet, qui saisit le corps étranger et l'attire sans inconvénient. Quant aux principes généraux qui doivent guider le chirurgien dans l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, ils ont été discutés dans la Société un si grand nombre de fois, qu'il serait aujourd'hui superflu d'y insister.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que dans la séance prochaine il y aura un comité secret pour la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante de membre titulaire.

M. le président annonce en outre que, dans la séance du 12 juin 1861, après la lecture du travail de M. Goyrand sur les hernies ombilicales, il fut décidé que la discussion serait renvoyée à une époque plus éloignée. MM. Richet et Huguier se sont inscrits pour prendre la parole sur ce sujet, et M. Huguier ouvrira la discussion dans la prochaine séance.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. CHASSAIGNAC. Le fait de la sphinctérisation est très-important à établir. Dans ce but je vais présenter à la Société un malade qui a subi trois fois l'opération. Son observation offre toute l'authenticité voulue. Les renseignements que nous possédons sur son compte sont précis, et ils ont été publiés par M. Eugène Nélaton. L'examen de la tumeur a été fait par M. Ch. Robin, qui reconnut un épithélioma. Actuellement je veux démontrer et faire constater que cet homme garde ses matières. Leur rétention a lieu pendant cinq, six, huit et même douze heures, et jamais il n'est souillé par leur contact. Les observations de mes collègues se trouvent donc en contradiction avec ce fait. Si on compare un opéré de cancer du rectum avec un individu portant un anus contre nature, eu égard à la rétention des matières, on ne pourra s'empêcher de trouver une grande différence.

L'examen de l'état actuel de ce malade nous démontre les faits suivants. La région anale est profondément enfoncée. Cet homme est averti du besoin d'aller à la garde-robe, et il peut résister à ce besoin pendant dix minutes et même pendant un quart d'heure.

Je ferai remarquer aussi que c'est là un fait digne d'intérêt au point de vue du résultat. C'est, en effet, la constatation de la guérison d'un cancer épithélial. Ce malade est bien guéri depuis six ans. Cela n'offre pas le moindre doute. J'insiste sur ce point, parce qu'il y a beaucoup de médecins qui, effrayés par la récidive, ne veulent pas laisser pratiquer une opération. Or ce malade est un exemple bien convaincant de la possibilité de la guérison de ces sortes de tumeurs.

M. RICHET. Je viens d'examiner le malade de M. Chassaignac. Il offre une telle ressemblance avec le mien, qu'au premier abord j'ai cru que c'était lui. Il présente en effet une ulcération dans la région anale qui m'a fait de suite penser à celle que j'ai observée chez mon opéré. Je craignais la récidive chez lui; mais la présence de cette ulcération chez le malade de M. Chassaignac me rassure pour le mien.

Quant à la question de la sphinctérisation, voici ce que j'ai constaté : J'ai introduit mon doigt dans l'anus, je n'ai pas trouvé de sphincter. J'ai bien senti un petit resserrement à l'orifice anal, mais ce n'est pas là ce qu'on peut appeler un sphincter. Les fesses se rapprochent fortement et ferment ainsi l'orifice de l'intestin. Tel est l'état anatomique de la région.

Physiologiquement parlant, le malade retient ses matières quand elles sont solides. Il va deux fois par jour à la garde-robe. Le besoin se fait sentir d'une manière instantanée, pressante, et il ne peut y résister tout au plus que dix à quinze minutes, exactement comme mon malade. Mais quand il a la diarrhée, il a à peine le temps de descendre du lit : cela a été observé récemment à l'occasion d'un purgatif qui lui a été administré. Chez lui l'orifice anal est plus étroit que chez le mien; mais, je le répète, il n'y a point de contraction, il n'y a pas de sphincter.

M. CHASSAIGNAC. M. Richet a peut-être un peu oublié ce qu'il nous a dit dans la précédente séance à propos de son malade. Il nous avait affirmé qu'il ne pouvait résister au besoin d'aller à la selle; or, maintenant, il avoue qu'il peut différer ce besoin pendant près d'un quart d'heure. Le fait à constater est celui-ci : le malade que je présente est-il soumis à une infirmité aussi dégoûtante que celle d'un anus contre nature? Non. Il y a entre ces deux états une différence radicale. Le fait même du purgatif n'est pas une condition normale; il ne faut donc pas en tirer une conclusion pour l'état ré-

gulier des fonctions. Il n'y a aucune similitude à établir, et ce que j'ai dit reste intact.

Quant à la sphinctérisation, je n'ai pas voulu dire que l'orifice anal fût sous l'influence de la volonté. M. Richet croit que le rapprochement des fesses contribue à retenir les matières; mais M. Richet sait très-bien que du moment que les matières seraient au contact de la peau, elles ne pourraient plus être retenues. Je suis donc autorisé à maintenir les propositions que j'ai avancées.

M. RICHET. Je n'ai pas dit que les malades opérés du cancer du rectum avaient une incontinence de matières; j'ai dit seulement qu'ils n'avaient pas de sphincter. Mon malade n'avait pas une incontinence. Dans toute cette discussion, je n'ai fait que combattre l'existence d'un sphincter, survenant après l'ablation des tumeurs carcinomateuses de l'anus et du rectum.

M. CHASSAIGNAC. Il y a un fait positif, certain, acquis à la science, c'est qu'il existe un obstacle à l'issue des matières fécales; que cet obstacle consiste seulement dans un rétrécissement de l'orifice, c'est tout ce que je voulais établir.

— M. HUGUIER. Le malade que j'ai opéré d'un cancer de la langue, et dont j'ai entretenu la Société, va très-bien. Il ne s'est point déclaré d'accidents. J'ai enlevé les épingles qui avaient servi à faire la suture de l'incision verticale pratiquée sur la lèvre inférieure. Les bords sont parfaitement réunis. Il ne reste plus qu'à obtenir la guérison de la plaie qui résulte de l'emploi de l'écraseur linéaire. J'avais fait dans cette circonstance une opération mixte.

— M. DEPAUL. A la fin de la dernière séance j'avais mis sous les yeux de la Société un corps fibreux que je venais d'extraire de la cavité utérine. Sous certains rapports, il y a une assez grande analogie entre mon observation et celle de M. Huguier, présentée dans la même séance. Dans le cas de M. Huguier il y avait, en effet, deux corps fibreux, l'un situé près du col, et l'autre plus profondément caché dans la cavité du corps de l'utérus.

Dans mon observation il y avait aussi deux corps fibreux, mais leur situation n'était pas la même. Ainsi, tandis que l'une des tumeurs se présentait à l'orifice utérin, l'autre faisait saillie du côté de la cavité péritonéale.

Je signale à l'attention de la Société la question de diagnostic dans mon observation. Il y a dix-huit mois que j'avais diagnostiqué un corps fibreux; j'avais dès cette époque prédit tout ce qui est arrivé. Voici sur quels indices. On m'avait fait appeler pour une hémorrhagie utérine qui se renouvelait fréquemment. L'utérus n'était pas volumi-

neux; jo dus admettre qu'il y avait un corps fibreux qui se développait du côté de la cavité utérine, et que c'était là la véritable cause de ces hémorrhagies.

Je veux aussi profiter de cette circonstance pour demander à M. Huguier et à mes collègues quelques éclaircissements sur la structure du pédicule des polypes et des corps fibreux.

Ce pédicule est, dit-on, constitué par du tissu de l'utérus. Mais n'y a-t-il que cela? N'y aurait-il pas en même temps un peu du corps fibreux? Or on ne sait rien de précis à cet égard. Pour ma part, j'ai cherché à résoudre ce problème, et malgré des investigations nombreuses, soit dans les mémoires, soit dans les amphithéâtres, je n'ai rien trouvé de positif.

Il y a bien dans la science quelques observations où l'on voit le corps fibreux concourir à la constitution partielle du pédicule; mais ces observations sont rares. Ainsi, un médecin fort instruit, M. le docteur Marie, vient de présenter à l'Académie de médecine un mémoire sur un procédé qu'il croit nouveau, et qu'il désigne sous le nom d'*éradication*. Ce procédé consiste à faire une incision circulaire sur le pédicule du polype, de manière à ne couper qu'une mince couche de tissu et à laisser intact le corps fibreux qui est au centre de ce pédicule, et que l'on énuclée ensuite. M. Marie ne s'est point contenté de la théorie; il a recueilli un fait fort curieux à ce point de vue. Je présente un corps fibreux enlevé par lui au moyen de son procédé. Or il est parvenu à faire sortir une racine constituée par le corps fibreux.

L'on comprend que la structure du pédicule intéresse la médecine opératoire à un haut degré. Les procédés doivent, en effet, varier suivant que le pédicule contient ou ne contient pas une racine du corps fibreux; il ne sera pas indifférent d'employer soit l'écraseur, soit la section avec le bistouri, suivant telle ou telle circonstance. Ainsi s'il y avait une racine du corps fibreux dans le pédicule, et si l'on employait l'écraseur ou la section complète avec des ciseaux ou le bistouri, on laisserait fatalement une portion du corps fibreux dans le corps ou dans lo col de l'utérus. M. Marie a vu un cas dans lequel cette partie de tumeur a continué à se développer; il y a eu récidive, et cette récidive aurait pu être prévenue si on avait énucléé la racine.

Puisque l'occasion est favorable, je vais présenter un autre corps fibreux de l'utérus extirpé par M. le docteur Duboué, ancien interne des hôpitaux.

Voici le fait en quelques mots :

Lors de mon dernier voyage à Pau, je vis, avec M. Duboué, une

jeune femme qui portait un corps fibreux engagé en partie dans l'orifice utérin, déjà passablement dilaté. En introduisant mon doigt dans l'orifice, j'arrivai sur le pédicule inséré à la partie supérieure du col. Je pensai qu'il n'y avait rien autre chose à faire qu'une opération. Je donnai à notre confrère quelques conseils. Aujourd'hui il m'a envoyé la relation de cette observation, et je vois qu'il a suffi de quelques légères tractions pour extirper ce polype.

Je terminerai cette communication en ajoutant une simple réflexion sur l'observation de M. Huguier.

Notre collègue nous a dit que dans le cas observé par lui il serait convenable, pour désigner la constitution du polype, de lui donner le nom de *polype utéro-fibreux*. Les raisons sur lesquelles s'appuie M. Huguier ne me paraissent pas justes. Ainsi il invoque cette considération que le polype était constitué à la fois par du tissu utérin et par le corps fibreux. Mais il faut faire remarquer que la couche utérine était ulcérée dans une certaine étendue. Il est vrai que M. Huguier ajoute qu'en bas elle était très-épaisse. Mais cette disposition, que j'ai observée moi-même, n'infirme en rien la disposition la plus commune, connue sans doute des anciens, mais bien constatée surtout dans ces derniers temps par M. Hervez de Chégoin, disposition en vertu de laquelle la muqueuse qui revêt le corps fibreux va en s'amincissant depuis le pédicule jusqu'au point le plus culminant du polype. Je pense qu'il faut expliquer la disposition accidentelle trouvée par M. Huguier par un travail pathologique, tel que l'infiltration, l'inflammation, l'ulcération, ou bien par l'effet de la compression exercée par les deux tumeurs l'une sur l'autre. Ce qui le prouve, c'est que dans d'autres cas l'épaisseur plus considérable du tissu utérin se trouvera non plus dans la partie la plus déclive, mais dans tout autre point de la surface du polype. Quoi qu'il en soit, l'hypertrophie signalée par M. Huguier explique parfaitement les hémorrhagies fréquentes observées chez sa malade. Je pense, du reste, avec tout le monde, que les hémorrhagies utérines qui accompagnent les corps fibreux viennent non pas de ce corps, mais des parois de la face interne de la cavité utérine elle-même. Cela s'explique très-bien par l'irritation et la congestion de la muqueuse utérine, inséparables de la présence d'un corps contenu dans cet organe.

Pour tous ces motifs, je pense qu'il faut rejeter la dénomination nouvelle proposée par M. Huguier, dénomination qui n'aurait que l'inconvénient de s'ajouter à bien d'autres qui encombrent la science. Il y a dans chaque maladie un type autour duquel il faut rattacher les variétés, sans imposer à celles-ci un nom nouveau. Ainsi, ici, le type, c'est le corps fibreux qui entre pour la plus grande partie

dans la constitution de la tumeur ; il faut donc conserver à ce polype son nom de corps fibreux.

M. HUGUIER. Il y a deux choses dans l'argumentation de M. Depaul : une question d'anatomie pathologique et une question de principe de nomenclature. J'aborderai d'abord la question d'anatomie pathologique, c'est-à-dire la structure du pédicule de certains polypes fibreux. D'après mes observations, qui sont au nombre d'une centaine, je puis dire que M. Depaul a raison en affirmant que c'est l'exception de voir le corps fibreux concourir à la formation du pédicule.

Cette disposition s'explique par plusieurs circonstances : ainsi, plus la masse est considérable, plus il y aura de chances de voir le corps fibreux envoyer une racine dans le pédicule. Mais le siége de la tumeur est surtout la cause principale qui peut amener telle ou telle disposition anatomique. Si le corps fibreux se développe non loin de la muqueuse, il fera facilement saillie dans la cavité utérine ; celle-ci lui formera bientôt une enveloppe, et il n'y aura pas de trace du corps fibreux dans le pédicule. Si, au contraire, le corps fibreux naît dans l'épaisseur du tissu propre de la matrice, il n'en sera plus de même. Ce corps ne pourra plus s'isoler, faire saillie ; le tissu utérin le retiendra au milieu de lui, et s'il parvient à proéminer soit dans la cavité du corps, soit dans la cavité du col, il y aura toujours une couche épaisse de ce tissu et une partie du corps fibreux dans le pédicule. C'est ainsi que sera le pédicule tant que le corps fibreux sera récent, et que le pédicule lui-même sera court. Mais plus tard, le pédicule devenant plus long, il en résultera un isolement plus complet du corps fibreux, qui dès lors ne fera plus partie intégrante de ce pédicule.

Il est une autre circonstance dans laquelle on voit le corps fibreux participer à la constitution du pédicule ; c'est lorsque plusieurs corps fibreux sont nés à côté les uns des autres. Par l'effet de leur rapprochement, ils peuvent se souder, former une sorte de chapelet, et quand l'un fait saillie dans la cavité utérine, le pédicule peut renfermer une partie de l'autre, ou bien la portion rétrécie qui les unit. Je ne veux pas insister davantage sur ce sujet, qui prêterait facilement à une longue dissertation.

Relativement à la récidive qui peut suivre les ablations de ces polypes qui ont une partie du corps fibreux dans leur pédicule, voici ce que j'ai observé : Si on a passé l'écraseur autour de ce pédicule, si on a employé le bistouri ou les ciseaux pour le couper, il restera, en effet, sur le moignon une partie du corps fibreux. Eh bien, cette portion peut-elle devenir la base d'une nouvelle tumeur, comme le pense M. Depaul, et comme M. le docteur Marie en a observé un

exemple ? Déjà Lisfranc, qui avait porté son attention sur ce sujet, a dit que dans ce cas le restant du corps fibreux tombait à l'instar du cordon ombilical qui se sépare de la cicatrice ombilicale, quel que soit le point sur lequel la ligature ait porté. Ce que Lisfranc avait appris par l'expérience, je l'ai vérifié par l'anatomie pathologique. En effet, les corps fibreux sont unis au tissu utérin par une sorte de gangue de tissu cellulaire. Or, après l'ablation, le reste du pédicule s'enflamme ; cette couche participe à son tour à une légère inflammation, elle se gonfle, elle suppure, et c'est ainsi que la racine fibreuse se trouve expulsée, énucléée.

Est-ce à dire pour cela qu'après la section d'un pédicule ainsi constitué, il n'y a pas menace de récidive ? Je n'oserais pas le soutenir. Dans une discussion qui s'établit dans le sein de la Société, près de son origine, j'avais fait remarquer à M. Laugier, qui croyait à la fréquence de ces récidives, que ce n'était pas, à proprement parler, une récidive que l'on avait observée dans les cas cités. Voici, en effet, ce qui a lieu : si, après avoir enlevé un corps fibreux, il y en a un autre dans les parois de l'utérus, ce qui est assez commun, ce corps, trouvant de l'espace dans la cavité utérine, va s'y porter, et bientôt, reprenant la place de celui qui l'avait précédé, il produira les mêmes phénomènes morbides. Mais peut-on, dans ce cas, dire qu'il y a récidive ? Je ne le pense pas.

Je vais aborder maintenant la seconde question. M. Depaul a parlé de la portion du tissu utérin qui accompagne les corps fibreux. En signalant ce fait, j'avais eu soin de faire remarquer qu'il était exceptionnel. J'ai dit ensuite qu'en règle générale le tissu utérin s'atrophie à mesure que la tumeur fait plus de saillie dans la cavité utérine, et que le plus grand amincissement de cette muqueuse ou de ce tissu avait lieu au point le plus culminant de la tumeur. Le fait que j'ai présenté était important en ce que cette couche de tissu utérin était très-épaisse, non pas dans toute l'étendue de la tumeur, mais seulement vers sa partie la plus inférieure. Il résulte de cette disposition que, si on avait fait dans ce point une incision même profonde, on n'aurait intéressé que le tissu de l'utérus.

M. Depaul m'a reproché d'avoir adopté un mot nouveau ; je ne m'y suis décidé que pour avertir les jeunes chirurgiens sur la nature de ces polypes. Ce caractère n'était pas dû à une cause purement accidentelle, comme l'a avancé M. Depaul. En effet, les deux polypes se regardaient et se touchaient de telle sorte, que la muqueuse et le tissu utérin lui-même étaient ulcérés dans le point de contact. Or, la couche la plus épaisse était en avant et en bas, dans la partie qui était le moins soumise à la pression, ce qui nous permet de croire

que l'hypertrophie n'était pas le résultat de la compression ni celui de l'irritation. Je dois donc maintenir cette dénomination pour exprimer un fait anatomique réel.

Je le maintiens encore au point de vue de la médecine opératoire. L'on sait que Dupuytren faisait toujours la section de ces polypes. J'ai été deux ans comme interne dans son service, et je lui ai vu souvent pratiquer ces opérations. Or, si l'on agissait suivant la pratique de Dupuytren dans ces sortes de polypes, on aurait certainement une hémorrhagie. Dans les corps fibreux simples, il n'y a aucun danger d'avoir cet accident; mais s'ils sont accompagnés de tissu utérin, il y a presque certitude d'hémorrhagie; car ce tissu renferme des artères et des veines non-seulement nombreuses, mais encore d'un volume considérable. Je veux conserver la dénomination que j'ai proposée, afin que l'on sache bien ce que ces polypes présentent de spécial. J'avais, du reste, observé moi-même ces hémorrhagies dans ces circonstances, et j'en avais été si frappé, que j'avais résolu de les combattre par un traitement spécial. Qu'ici M. Chassaignac ne trouve pas mauvais de rappeler ce que j'ai fait avant lui, je suis, du reste, prêt à reconnaître le mérite et la priorité de son invention; j'avais bien avant lui cherché à faire construire un instrument, sorte d'écraseur consistant dans une longue tige creuse dans laquelle passait une anse de fil métallique. J'avais fait construire cet instrument pour enlever un polype dans lequel je sentais des pulsations, ce qui me menaçait d'une hémorrhagie. Je n'aurais jamais osé employer dans ce cas l'instrument tranchant. J'entrepris donc l'ablation de ce polype vasculaire avec mon instrument, qui à la moindre traction se recourba, parce qu'il était en argent. Je recommençai l'opération avec un instrument semblable, mais en acier. J'eus l'occasion de montrer cet instrument à la Société. Telle est la manière dont il faut traiter ces polypes, que j'appelle fibro-utérins; c'est là une variété de polype très-importante, et quand une dénomination répond à une conséquence dans la pratique, il est incontestable qu'il faut la conserver.

— M. BÉRAUD communique à la Société une observation de calcul volumineux qu'il a extrait de l'urèthre de l'homme (1).

Au n° 24 de la salle Saint-François de l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Jarjavay, est couché le nommé B..., âgé de trente-huit ans, né à Dammery, entré le 13 septembre dernier.

D'une constitution forte, bien musclé, sec et nerveux, cet homme

(1) Cette observation a été recueillie par M. Ch. Martin, interne du service.

est cependant un peu épuisé par des excès de tout genre et par la vie de Paris : sa face est ridée, ses yeux excavés; il a perdu presque tous ses cheveux depuis plusieurs années, et ceux qui lui restent sont en partie roux et en partie bruns.

Antécédents. — Son père, âgé de soixante-dix-neuf ans, vit encore; sa mère est morte à l'âge de quarante ans d'une maladie de poitrine : il a eu plusieurs frères qui sont morts jeunes, et deux sœurs, l'une vivant encore, l'autre étant morte phthisique.

Elevé à Paris depuis l'âge de neuf ans, il a commencé vers onze à douze ans le métier de graveur, qui lui rapportait assez d'argent pour lui permettre de ne travailler qu'une partie de la semaine et lui donner la faculté de passer le reste du temps à boire et à s'amuser.

La respiration est longue, s'entend bien dans toute la poitrine : il court et marche bien. Cependant il s'enrhume facilement et tousse presque tous les hivers, sans avoir jamais craché de sang.

D'après le dire du malade, les antécédents vénériens seraient nuls ; il n'aurait même jamais eu de chaudepisse.

Les premiers accidents qu'il ait éprouvés du côté des voies urinaires remontent à l'âge de douze à quinze ans : dès cette époque il urinait difficilement ; il avait remarqué que l'urine, qui le brûlait au passage, tombait parfois sur ses souliers. Du reste, il ne souffrait pas en dehors de la miction ; les accidents persistèrent sans augmenter pendant plusieurs années.

Vers l'âge de vingt ans, la dysurie ayant augmenté, il lui vint l'idée de se sonder. Un vieux monsieur, dit-il, qui avait l'habitude de se sonder lui-même, lui prêta une sonde et lui apprit à s'en servir. Dès cette époque, son urine, toujours trouble, contenait une grande quantité de graviers, dont les plus gros présentaient le volume d'une forte tête d'épingle. Il ne rendit jamais de sang pur, mais de petits filets sanguins étaient fréquemment mélangés à l'urine. Cette gravelle avait des intervalles irréguliers, mais le malade n'a pas remarqué si elle augmentait au printemps ou à l'automne, ni si les excès de boisson avaient une influence sur elle. En même temps, il lui arrivait souvent de ressentir pendant la nuit dans les reins, et des deux côtés, une douleur gravative peu intense, une sorte de gêne assez grande cependant pour le forcer à ne dormir que sur un côté. Il ne pouvait rester couché sur le dos. Le jour il s'apercevait à peine d'une gêne légère.

Il n'éprouvait alors ni pesanteur dans le bassin ni démangeaisons vers l'urèthre.

La voiture ne l'incommodait pas et ne lui occasionnait pas d'hématuries.

Il urinait très-fréquemment; l'urine continuait à être brûlante au passage. Cette sensation pénible l'empêchait d'uriner jusqu'au bout. Souvent même, dit-il, l'urine s'arrêtait brusquement au passage.

Depuis l'âge de vingt ans jusqu'à il y a quatre ans, il se porta mieux ; il alla passer trois ou quatre années à la campagne, où la gravelle diminua beaucoup ; cependant il souffrait encore de sa dysurie.

Il y a quatre ans, revenu à Paris, il recommença à souffrir, et voulant en finir, il alla chez un pharmacien qui, diagnostiquant un calcul, lui donna à prendre une liqueur destinée, paraît-il, à dissoudre la pierre.

A cette époque, en se sondant, le malade sentait en effet déjà une pierre dans son canal, mais très-profondément, vers le col de la vessie.

Depuis cette époque, il n'a fait aucun traitement; les urines ne s'étaient nullement modifiées; il n'a pas remarqué si la gravelle avait augmenté ou diminué.

Il y a un ou deux mois, il lui a semblé que sa pierre se déplaçait : tout d'un coup, pendant la nuit, il lui sembla que la pierre descendait dans le canal. A partir de ce moment, il a pu la sentir constamment avec les doigts vers la partie moyenne de la verge. Il n'a pas remarqué si ce déplacement s'est accompagné d'hématurie ou d'autres accidents.

Le malade essaya alors de se débarrasser de cet obstacle, qui le gênait pour uriner : il faisait glisser le calcul de 1 ou 2 centimètres dans le canal, en le poussant avec ses doigts, tantôt en avant, tantôt en arrière, d'autres fois cherchant à l'attirer sur le côté, ce qui ouvrait le passage à l'urine; cependant la mobilité avait diminué depuis quelques jours.

Le 9 septembre, il se rendit chez un pharmacien, qui le cathétérisa avec effort avec des sondes de gomme et une sonde métallique. Une hématurie assez violente suivit ces tentatives.

Il entra à l'hôpital le 14 septembre.

Etat actuel. — Le matin, à la visite, le 15, on lui trouve un gonflement considérable des bourses, qui présentent le volume des deux poings ; la verge et le périnée participent un peu à ce gonflement.

La peau du scrotum est luisante, sèche, distendue, d'une couleur rosée dans les parties latérales, mais déjà bleuâtre dans la partie médiane dans toute l'étendue du raphé. La peau de la verge, moins distendue, est rouge, œdémateuse. La partie qui est en arrière des bourses, entre elles et l'orifice anal, c'est-à-dire la région périnéale proprement dite, est moins gonflée, quoique rouge. Le toucher fait reconnaître de l'empâtement, de l'œdème dans toutes ces régions.

Le malade souffre cruellement. La peau est chaude ; la langue est sèche, petite, sale; le pouls petit, avec 110 pulsations.

Immédiatement après avoir reconnu cette infiltration urineuse, M. Béraud, remplaçant M. Jarjavay en congé, diagnostique une infiltration urineuse due à la rupture du canal, produite en arrière du calcul. Par son siége, cette infiltration indique que la rupture a eu lieu dans la portion spongieuse de l'urèthre, au niveau du bulbe.

Traitement. — M. Béraud pratique sur le scrotum sept ou huit incisions en se rapprochant de la ligne médiane. Ces incisions ont une longueur de 5 à 6 centimètres chacune. Une incision semblable est pratiquée sur la partie médiane du périnée. Par toutes ces incisions il s'écoule un liquide assez abondant, de couleur et d'odeur urineuses. A la coupe, les téguments du scrotum ressemblent à de la couenne de lard et laissent suinter de l'urine. Une quantité assez considérable de sang est sortie en même temps que l'urine ; il y en avait 250 grammes environ dans le vase, et ce sang s'est coagulé, quoique mélangé avec les liquides sortis en même temps que lui. On sonde le malade, et la sonde est mise à demeure. On constate la présence dans le canal d'un corps dur situé vers le milieu de la région spongieuse de l'urèthre. Ce calcul paraît très-volumineux. On ne peut passer la sonde que par un mouvement brusque, en surprenant pour ainsi dire le canal. Il est évident que celui-ci est dilaté en arrière du corps étranger. Un peu de sang mêlé d'un pus sanieux s'écoule après le passage de la sonde. — Bain ; cataplasmes ; bouillon et potage.

Aujourd'hui 17, une eschare bien limitée se montre sur le scrotum, dont elle occupe à peu près la moitié médiane. La fièvre n'a pas augmenté ; il n'y a pas de délire ; pas de traces d'érysipèle. On essaye d'attirer le corps étranger au dehors avec une pince de Hunter, mais elle glisse. On cherche ensuite à le broyer, et on ne peut le saisir. Enfin, M. Béraud essaye la curette de Le Roy-d'Etiolles ; toutes ses tentatives restent encore infructueuses. Les instruments glissent tous sur le calcul. Un peu de sang s'écoule après ces manœuvres. — Bains ; cataplasmes ; bouillon et potage.

Le 17, les efforts tentés pour extraire le calcul par le méat urinaire étant inutiles, M. Béraud se décide à pratiquer une incision sur la ligne médiane du périnée, à 2 centimètres en arrière de la racine des bourses, ou plutôt il se sert de l'incision qui a été pratiquée le premier jour sur le périnée en l'agrandissant un peu. Une sonde est introduite dans le canal jusqu'au corps étranger, et en se guidant sur elle on arrive au calcul. Celui-ci est trouvé comme enkysté dans la paroi de l'urèthre en avant du bulbe ; il occupe la partie inférieure du canal, et est situé un peu à droite ; il est baigné dans un détritus gan-

gréneux. L'extraction a été assez laborieuse, à cause du volume et de l'enkystement. M. Béraud l'a énucléé en partie avec le doigt, et l'a fait ainsi sortir de la poche qui le contenait. Pas d'hémorrhagie ni pendant ni après l'opération.

Le volume du calcul est celui d'une datte avec sa pulpe.

L'analyse chimique de ce calcul a été faite par M. Sicard, interne du service, et voici la note qu'il nous a remise :

Ce calcul est de forme ovoïde, un peu pointu aux extrémités du grand axe extérieur ; d'une couleur grisâtre, il est formé par une couche épaisse offrant quelques aspérités ; parfaitement distinct d'un noyau intérieur, qui est compacte, quoiqu'il se laisse plus facilement réduire en poudre que son enveloppe, ce calcul pèse 5 grammes 95 centigrammes.

La couche extérieure, séparée du noyau, a fourni à l'analyse : d'abord réduite en poudre et mise en contact avec de l'eau distillée bouillante, elle a cédé à celle-ci un peu de carbonate de chaux, qui lui a communiqué la propriété d'être sensible au papier rouge de tournesol. Une partie du résidu, traitée par l'acide chlorhydrique, a fait effervescence, et ne s'est pas complétement dissoute. Une autre partie du résidu a été traitée par l'acide azotique concentré, lequel a transformé l'acide oxalique en acide carbonique.

Pour doser la chaux, on évapore la liqueur à siccité dans une capsule de porcelaine ; on arrose le résidu avec un peu d'acide sulfurique ; on évapore l'excès d'acide, on chauffe la matière au rouge, on pèse le sulfate de chaux qui reste.

Une seconde opération, où le calcul a été aussi traité par l'acide chlorhydrique filtré, la solution neutralisée ensuite par l'ammoniaque, a fourni par le chlorure de baryum un précipité abondant d'oxalate de baryte.

Les opérations suivantes n'ont fait découvrir ni urates ni phosphates. Le calcul, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, est entièrement formé en grande partie d'oxalate de chaux, d'un peu de chaux carbonatée, de traces assez apparentes d'acide silicique, ainsi que de très-faibles quantités de matières organiques de nature animale.

18 septembre. Depuis l'entrée du malade, les urines n'ont pas présenté de grosse gravelle ; mais elles sont extrêmement troubles, comme boueuses. Aujourd'hui l'eschare du scrotum commence à se détacher à la surface. Le malade a uriné par la plaie du périnée ; l'urine ne passe plus par le méat urinaire. Fièvre modérée. — Bain ; cataplasmes.

Le 19, avec des pinces on enlève une grande partie de l'eschare. Les lèvres de la plaie sont un peu tuméfiées ; 100 pulsations.

Le 20, l'eschare scrotale se détache complétement, et laisse à nu les deux testicules, recouverts par le crémaster ; on aperçoit en avant d'eux, sur la ligne médiane, la paroi supérieure du canal de l'urèthre, l'inférieure ayant été détruite par gangrène sur une partie de l'étendue de l'eschare du scrotum, qui mesure environ 8 centimètres d'avant en arrière.

Le 21, la plaie commence à se recouvrir d'une suppuration de bonne nature ; un gonflement considérable se remarque sur la verge, s'accompagnant d'un commencement de phimosis. L'état général, du reste, est satisfaisant ; peu de fièvre. Cependant le malade continue à uriner par la plaie du périnée, et une légère infiltration se remarque autour des bords de la plaie. On essaye de le sonder, sans pouvoir arriver dans la vessie. Pour prévenir l'infiltration, on recommande au malade d'uriner en écartant les cuisses. — Bain, vin de quinquina, deux portions.

Le 24, le gonflement de la verge a augmenté ; une eschare superficielle se montre sur le prépuce. On parvient à introduire une sonde par le méat urinaire au moyen d'un petit spéculum auris, et la sonde se montre à nu d'abord dans la vaste solution de continuité laissée par l'eschare, puis elle s'enfonce en arrière sous les téguments qui recouvrent la base des corps caverneux. En enfonçant un doigt dans la plaie du périnée, on sent comme la sonde à nu, puis on la sent remonter vers la vessie. Du reste, aussitôt la sonde introduite, un jet de liquide en sort ; on la laisse à demeure. On constate d'ailleurs que la destruction de l'urèthre porte sur une étendue bien plus considérable que l'on n'aurait pu le soupçonner. Il est détruit, ou plutôt sa paroi inférieure est détruite depuis 2 centimètres en arrière du gland jusqu'à la plaie du périnée, qui portait sur la partie la plus reculée de la portion spongieuse. Aujourd'hui les bourgeons charnus sont bien développés, et les plaies n'ont plus l'odeur urineuse qu'elles présentaient d'abord.

Le 6 octobre, quand M. Béraud a quitté le service, le malade était en bonne voie de guérison.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Béraud.

Séance du 25 septembre 1864.

Présidence de M. Laborie.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine.

2° Un numéro (septembre) de l'*Art dentaire.*

3° Une petite brochure sur les propriétés désinfectantes et thérapeutiques des permanganates alcalins, par Henry B. Condy.

4° Le Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire (année 1860).

5° Le volume des *Bulletins de la Société anatomique* (35e année, 1860, 2e série, t. V).

6° Une demande de congé adressée par M. Richet. (Renvoi à la commission des congés).

7° Une lettre de M. le docteur Pénard qui demande à être porté sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. M. Pénard a fait hommage à la Société d'un livre sur l'*Art des accouchements;* mais, aux termes du règlement, il faut qu'un travail manuscrit soit envoyé à la Société. M. le secrétaire écrira à M. Pénard pour lui faire connaître les conditions imposées par le règlement.

8° M. Chassaignac a reçu de M. Marien Syme, chirurgien très-distingué, un travail sur les résections du col huméral. Il en donnera une analyse détaillée dans la prochaine séance.

M. le docteur Kuhn adresse à la Société une lettre en réponse aux objections qui ont été adressées à l'interprétation qu'il a proposée sur un fait de sa pratique, dans lequel le placenta retenu dans la cavité utérine a été expulsé à la suite de l'excitation électrique.

« Ainsi que M. Laborie l'a fort bien fait remarquer, dit M. Kuhn, mon appréciation était proposée avec la plus grande réserve.

» Mais je dois un mot de réponse à mon honorable confrère. M. Béraud attribue à la légère titillation produite par l'introduction d'une sonde de femme dans ou plutôt sur l'orifice utérin la contraction instantanée si énergique qui a produit immédiatement l'expulsion du placenta.

» L'utérus, dit mon savant contradicteur, est un muscle de la vie organique... Au lieu de se contracter instantanément sous l'influence d'un excitant quelconque, ainsi que le font les muscles de la vie animale, il ne se contracte que lentement, et ne rentre dans le repos que quelques instants après. « Tous les accoucheurs savent, etc. »

» A quoi je répondrai que je crois être également un peu accoucheur, voire quelque peu physiologiste, et cela depuis pas mal d'années. Il ne faut pas s'imaginer que j'étais homme à rester pendant dix-huit heures absolument inactif.

» J'ai, au contraire, *titillé* de toutes les façons, mais sans obtenir la plus légère contraction. Vous n'aurez pas de peine à croire que j'ai tenté la dilatation du col, essayé différents excitants, et ce n'est qu'après avoir épuisé la liste des moyens connus que l'idée m'est venue d'essayer de la pile. Or l'effet de cette application a été si *instantané*, si extraordinaire, que, malgré mes trente années d'expérience, j'en suis resté tout étonné.

» Comment voulez-vous que j'attribue cet effet à la simple introduction d'un corps aussi inoffensif qu'une sonde de femme, alors que depuis dix-huit heures j'avais fait tant d'autres essais infructueux ?

» Comment voulez-vous que j'attribue toute cette somme d'action si énergique au simple contact d'une sonde, et que je refuse toute influence quelconque à un agent aussi puissant que le courant développé par la pile de Legendre ?

» Et puis enfin, le fait brutal, l'*instantanéité* de l'effet, subsiste toujours, et je ne supose point que la simple titillation ait à cet égard le privilége de réaliser ce que le courant électrique serait impuissant à produire.

» En vérité M. Verneuil avait bien raison de dire que, « dans une » question semblable, il ne fallait pas seulement invoquer les saines » données de la physiologie ; mais qu'il fallait avant tout s'appuyer » sur des expériences directes ». Il aurait pu ajouter : « Et tenir » compte des idiosyncrasies. »

» Quoi qu'il en soit, et pour finir, je dois déclarer que si, par habitude et par tempérament, je fais volontiers bon marché des théories et des interprétations, je me dois à moi-même de maintenir la rigoureuse exactitude des faits, et, dans l'espèce, le fait est tel que je l'ai annoncé. La seule concession que je puisse faire aux scrupules de M. Depaul, c'est qu'il a pu s'écouler *deux* secondes au lieu d'*une* entre le moment de l'établissement du *circuit* électrique et la présentation du placenta à l'orifice vulvaire ; mais à coup sûr il ne s'en est pas écoulé *trois*. »

M. Larrey présente, de la part de M. Secourgeon, médecin en chef de l'hôpital militaire de Perpignan, une pièce anatomique et une observation complète de la désarticulation de la cuisse faite consécutivement à une fémoro-coxalgie. Cette opération pour laquelle la Société avait été consultée, faisait espérer d'abord le résultat le plus heureux ; mais une phthisie aiguë, s'étant déclarée vers le 30e ou 35e jour de l'amputation et après la cicatrisation définitive, a entraîné la mort de l'amputé.

L'observation, recueillie avec soin par M. le médecin-major Combes, fournit tous les détails désirables sur la maladie de la hanche, sur l'opération elle-même et sur les altérations anatomiques produites par la carie ou la nécrose articulaire et par la phthisie.

Nous donnons ici un long extrait de cette intéressante observation; quant à la pièce anatomique, elle a été déposée au Musée du Val-de-Grâce.

Coxalgie. — Amputation coxo-fémorale. — Suites. — Mort. Autopsie. — L... (François), ouvrier du génie, né à Norroy (Meurthe), âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament lymphatique, entra comme jeune soldat au 3e régiment d'infanterie de ligne, en avril 1859, et fut versé, deux mois après son incorporation, dans la 2e compagnie d'ouvriers du génie, en garnison à Alger.

L... ne se rappelle pas avoir été malade avant son départ pour l'Afrique; il n'a jamais eu de maladie vénérienne ni autre affection diathésique ; ses parents sont âgés et ont toujours joui d'une bonne santé, ainsi que ses huit frères ou sœurs.

L... était depuis deux mois à Alger, travaillant dans l'atelier du corps, de son état de forgeron, lorsque, sans cause connue, sans avoir éprouvé aucun accident local, sans avoir fait aucune imprudence dont il ait le souvenir, il commença à ressentir dans l'articulation coxo-fémorale droite une douleur sourde augmentant par la station et la marche.

Pendant quelque temps, cette douleur fixe fort peu son attention, mais sa persistance et son intensité toujours croissantes le forcent, après deux mois d'hésitations, à se présenter à la visite du médecin, qui l'envoie à l'hôpital du Dey, le 10 septembre 1859.

Le traitement consista en émissions sanguines locales, vésicatoires volants, moxas, etc. Ces moyens, continués trois mois, ne produisent aucune amélioration, et L... est envoyé en convalescence au dépôt à Montpellier (10 décembre 1859).

Dix jours après, le malade entre à l'hôpital de Montpellier, où il suit un traitement par l'huile de foie de morue et le fer. Jusque-là,

pas de gonflement appréciable, mais des douleurs profondes vers le pli de l'aine, augmentant par les mouvements, sont les seuls accidents observés.

Le 14 avril 1860, le traitement restant sans effet, L... est dirigé sur Amélie-les-Bains, où il séjourne trois mois, prend quarante bains et autant de douches ; mais son état ne fait qu'empirer ; les douleurs deviennent de plus en plus vives ; les nuits sont sans sommeil ; la fièvre survient avec des redoublements le soir ; une tumeur fluctuante commence à se former au voisinage du grand trochanter ; la médication thermale est aussitôt suspendue, et quelques jours après le malade est évacué sur l'hôpital de Perpignan, où il arrive le 14 juillet 1860, onze mois après l'invasion des premières douleurs.

Le 16 avril 1860, nous constatons l'état suivant :

Pâleur de la face exprimant de longues et vives souffrances ; amaigrissement ; faiblesse générale prononcée ; la cuisse droite présente un volume moindre que celle du côté opposé ; la mensuration comparative donne 38 centimètres pour la cuisse gauche et 32 pour celle du côté malade ; la jambe est fléchie à angle obtus sur la cuisse, et sa flexion et son extension complètes sont impossibles ; le pourtour de l'articulation coxo-fémorale droite est le siége d'une tuméfaction peu prononcée, molle, patente, non circonscrite, douloureuse par une forte pression, et présente la forme d'un cône dont la base répond à la racine du membre et le sommet à quelques centimètres au-dessous des trochanters ; la fesse correspondante n'a subi aucune déformation ; la peau n'offre dans sa partie tuméfiée aucune modification dans sa couleur ; une tumeur fluctuante de la grosseur d'un œuf de poule soulève les téguments un peu au-dessous et en avant du grand trochanter ; les mouvements d'abduction et d'adduction déterminent des douleurs aiguës et profondes, répondant à l'articulation ; la mensuration en longueur donne deux centimètres de raccourcissement sur celui du côté sain.

Les fonctions digestives sont en bon état ; le pouls est régulier, sans accélération ; la respiration est légèrement rude sous la clavicule droite ; l'expiration est prolongée ; un peu d'insomnie est provoquée par les douleurs, qui s'exaspèrent la nuit.

Le malade prend de nouveau de l'huile de foie de morue et du fer. L'abcès est ouvert à l'aide du caustique de Vienne ; des pansements méthodiques sont pratiqués ; on prescrit un régime léger et nutritif.

Pendant les premiers mois qui suivent, tantôt les douleurs diminuent, tantôt elles acquièrent plus d'intensité ; les changements de temps semblent leur imprimer une nouvelle activité ; la suppuration est quelquefois phlegmoneuse et liée ; plus souvent elle est abondante,

séreuse et fétide ; on tente l'emploi des injections iodées, qui ne peuvent arriver jusqu'au siége du mal ; le stylet introduit dans le trajet fistuleux ne peut pénétrer au delà de quelques centimètres, et s'égare dans les plans aponévrotiques et musculaires de la partie antéro-externe de la cuisse.

Au mois de mars 1861, les douleurs sont beaucoup plus vives et plus persistantes ; le moindre mouvement suffit pour les exaspérer au plus haut degré ; le décubitus dorsal est devenu presque impossible ; le malade est constamment couché sur le côté sain, le membre malade incliné de ce côté et pendant hors du lit. S'il vient à se mettre sur le dos, il est obligé de tenir jour et nuit sa cuisse avec les mains afin d'empêcher tout mouvement ; le pied et la partie inférieure de la jambe sont le siége d'une infiltration séreuse prononcée ; la suppuration est plus abondante, séreuse et très-fétide. En même temps survient un peu de toux, suivie d'une expectoration muqueuse assez abondante ; le bruit respiratoire est rude et obscurci dans l'espace sous-claviculaire droit ; des râles sous-crépitants sont perçus dans toute l'étendue de la poitrine et principalement à la base ; ces accidents s'accompagnent d'un mouvement fébrile avec redoublement le soir, suivi de sueurs nocturnes. Le malade s'affaiblit, ses souffrances sont intolérables ; il demande qu'on le débarrasse à tout prix par une opération du supplice qu'il éprouve.

Le 15, les accidents thoraciques, qui pouvaient faire craindre la tuberculisation, se calment peu à peu ; la respiration est normale dans toute l'étendue de la poitrine, mais un peu rude sous la clavicule droite ; les sueurs nocturnes cessent complétement.

Le 16, plusieurs médecins de la ville et de la garnison de Perpignan sont réunis en consultation. La majorité, persuadée que l'affection a surtout pour siége les parties dures de l'articulation, et que la carie à peu près certaine des surfaces articulaires a déjà pu atteindre une bonne partie de l'os des iles, se prononce pour l'abstention de toute opération.

Devant ce défaut d'accord, M. le médecin en chef de l'hôpital, de plus en plus pressé par l'insistance que le malade met à se faire opérer, porte la question devant la Société de chirurgie, par l'intermédiaire de M. le baron Larrey. Il expose l'état du malade, le genre d'affection dont il est atteint, et demande l'avis de cette Société sur l'opportunité d'une opération qui s'écarte, il est vrai, de la règle commune, mais qui est réclamée par le malade avec insistance.

A la suite d'une discussion sur ce sujet au sein de la Société de chirurgie, l'opération est approuvée en principe par la majorité, qui laisse toutefois à l'opérateur le soin de se laisser guider, quant au

choix à faire entre la résection et la désarticulation, par l'appréciation directe de l'état général et local de son malade.

Le 15 avril, une nouvelle consultation a lieu à l'hôpital de Perpignan, à l'effet de décider si l'état actuel du malade peut autoriser une opération, et, dans le cas de l'affirmative, de déterminer le choix à faire entre la résection et l'amputation dans l'article.

Avant de donner leur avis, MM. les médecins consultants jugent indispensable, pour mieux préciser le diagnostic, de soumettre le malade à l'action du chloroforme, et de profiter de la période anesthésique pour faire exécuter au membre des mouvements qui indiqueront :

1° S'il y a luxation, et dans ce cas, carie de l'extrémité supérieure seule du fémur, et possibilité de tenter la résection ;

2° Ou si, les surfaces articulaires ayant conservé leurs rapports, on peut admettre comme certain qu'elles sont également malades, et dans ce cas la nécessité de recourir à l'amputation dans l'article.

A la faveur de l'insensibilité obtenue en quelques minutes, on fait exécuter à la cuisse des mouvements de latéralité, d'extension et de flexion, qui produisent un bruit de frottement, sensible à l'oreille de l'assistance, et qui donne à la main de l'opérateur la sensation de deux surfaces rugueuses frottant l'une contre l'autre.

Pendant cette exploration, une suppuration abondante, sanieuse, fétide, s'écoule par l'ouverture du trajet fistuleux; un flot de suppuration s'échappe au dehors à chaque mouvement imprimé à la tête du fémur.

La certitude que la cavité cotyloïde est profondément altérée, rien ne pouvant indiquer l'étendue de l'altération, et tenant compte d'ailleurs de l'état général du malade, les consultants repoussent à l'unanimité toute opération.

Le 28, les souffrances sont intolérables; le malade se plaint le jour et la nuit; une main est sans cesse occupée à maintenir dans l'immobilité le membre malade. Il redoute le sommeil, qui l'expose à des mouvements involontaires. C'est en pleurant qu'il demande tous les jours l'opération.

L'opération est fixée pour le 30 avril.

Le 29, l'état du malade est le suivant : dépérissement général ; anémie; facies pâle et grippé ; le membre inférieur droit est dans un état d'émaciation extrême; toute saillie musculaire de la cuisse a disparu ; une tuméfaction peu prononcée, molle, pâteuse, peu douloureuse superficiellement, s'étend de la racine du membre jusqu'au-dessous des trochanters ; la palpation fait reconnaître, sur un plan sous-jacent à cette tuméfaction, des parties dures, serrées, très-dou-

loureuses, s'étendant depuis le voisinage de l'articulation coxo-fémorale jusqu'au-dessous des trochanters, et semblant faire corps avec le fémur; les muscles fessiers correspondants sont aplatis, en partie atrophiés; un trajet fistuleux, à large ouverture, existe un peu au-dessous et en dedans du grand trochanter; le stylet ne peut pénétrer au delà de quelques centimètres; la jambe est fortement fléchie sur la cuisse, et celle-ci se trouve dans la demi-flexion sur le bassin; le pied et le genou n'ont subi aucune déviation, la mensuration du membre donne 4 centimètres de raccourcissement; la jambe du côté sain est également fléchie sur la cuisse, et ne peut être ramenée à l'extension complète.

L'infiltration séreuse qui s'était manifestée au pied et à la jambe du côté malade depuis déjà deux mois, s'est prononcée depuis quelques jours sur le pied et sur la jambe du côté gauche.

Les fonctions digestives s'exécutent d'une manière assez satisfaisante. Il n'y a jamais eu de diarrhée.

Du côté droit et sous la clavicule, la percussion donne de la matité dans une certaine étendue, et l'auscultation y fait percevoir une diminution et une rudesse prononcée du murmure respiratoire; la toux et les sueurs nocturnes ont complétement disparu depuis quelques jours; le moral est excellent.

L'amputation dans l'article est pratiquée le 30 avril par M. le médecin en chef Secourgeon, d'après un procédé ovalaire mixte, et de la manière suivante :

Le malade, couché horizontalement sur le lit d'opération, le corps légèrement penché sur le côté sain, est préalablement chloroformé. L'opérateur, placé en dehors du membre malade, porte la pointe du couteau sur le milieu de l'espace compris entre l'épine iliaque supérieure et antérieure et le grand trochanter, et pratique une incision qui divise les parties molles jusqu'à l'os, et descend jusqu'à 2 centimètres au-dessous et un peu en avant du grand trochanter; de ce point le couteau, n'intéressant alors que la peau, est conduit suivant une ligne oblique sur la région antérieure, puis interne de la cuisse, contourne la partie postérieure en passant à 6 centimètres environ de l'ischion, et arrivé à la partie externe du membre, va regagner, par une ligne oblique semblable à la première, son point de départ au-dessous du grand trochanter. La peau est alors retirée autant que possible. La compression de l'iliaque externe est confiée à un aide intelligent et vigoureux, qui doit la pratiquer avec ses doigts sur la branche horizontale du pubis. La peau se trouvant assez rétractée, les chairs sont coupées d'un seul coup jusqu'au col, à la partie antérieure et interne du membre; la crurale, la fémorale profonde et

quelques rameaux musculaires, sont immédiatement liés sans aucune perte de sang artériel. Le couteau est alors porté sur la capsule ; le membre est luxé par un mouvement d'abduction et d'élévation, et l'ablation du membre s'achève par la section des parties molles du côté externe et postérieur de la cuisse, au niveau de l'ovale tracé par l'incision de la peau. Dans ce moment, l'ischiatique, la fessière et l'obturatrice donnent à la fois ; mais elles sont liées très-rapidement, de telle sorte que la perte de sang est presque insignifiante.

L'amputation, y compris les ligatures, n'a duré que huit minutes. La perte totale de sang a été presque nulle. Néanmoins, on remarque chez le patient un état d'affaissement général assez inquiétant ; la face est pâle, le pouls presque insensible et très-fréquent, la respiration lente et faible ; la syncope est imminente. Des frictions sèches sont pratiquées sur la poitrine, des lotions vinaigrées sont faites sur le front et sur les tempes ; peu à peu l'opéré revient à lui, répond aux questions qu'on lui adresse, et l'on parvient à lui faire avaler quelques cuillerées de vin sucré.

Avant de procéder au pansement, on explore la cavité cotyloïde, et l'on remarque que le rebord de cette cavité ne présente aucune trace des ligaments capsulaire et cotyloïdien auxquels elle donne attache ; ce rebord est dépourvu de périoste dans toute sa circonférence et dans une étendue de 2 centimètres. Le tissu osseux, ainsi à découvert, présente une coloration d'un gris brunâtre ; il est rugueux et comme hérissé d'une multitude de fines aspérités. Toute trace du cartilage d'incrustation qui revêt la cavité cotyloïde à l'état normal a entièrement disparu. Le tissu osseux, entièrement dénudé, offre une teinte d'un gris sombre, et se trouve imprégné d'un liquide sanieux d'une odeur fétide. Le doigt, promené dans la cavité, y perçoit la sensation de rugosités, de sillons comme ondulés, et dans quelques points un véritable ramollissement. Quelques débris osseux d'un très-petit volume, à surface rugueuse, libres de toute adhérence, se trouvent rassemblés dans l'arrière-fond de la cavité.

Des injections à grande eau sont immédiatement pratiquées. On s'assure qu'il n'y a pas de communication du fond de la cavité cotyloïde avec l'intérieur du bassin ; cette certitude acquise, on enlève à l'aide de la rugine et d'un fort scalpel toutes les parties que l'instrument peut atteindre, et quatre cautères rougis à blanc sont rapidement promenés sur toutes les surfaces malades. D'abondants lavages d'eau froide sont alors pratiqués dans la cavité cotyloïde ; les lèvres de la plaie sont réunies à l'aide de quatre points de suture, et le pansement ordinaire des amputations est appliqué au moignon.

Le soir, huit heures après l'opération, on remarque un peu de

réaction ; le pouls commence à se relever ; le moignon est alors le siége de douleurs vives, mais ne s'étendant pas à l'abdomen, qui reste souple.

Examen anatomique de la cuisse amputée. — La section des parties molles à la partie supérieure de la cuisse présente un plan oblique de dehors en dedans et de haut en bas ; la partie la plus élevée de cette section correspond au grand trochanter, et sa partie inférieure dépasse de 4 centimètres le petit trochanter. En avant de la cuisse, l'incision a porté sur le trajet fistuleux ; au niveau de ce trajet, le tissu cellulaire et les muscles sont intimement confondus en une masse lardacée, infiltrée de sérosité et baignée d'une suppuration sanieuse ; cette altération s'étend en arrière et en bas le long de la ligne âpre jusqu'à la partie moyenne du fémur. A partir du point de leur section, les parties molles de la région interne du membre ne présentent rien d'anormal, si ce n'est une décoloration et une atrophie. Les vaisseaux artériels sont sains. La veine crurale se présente sous la forme d'un cordon dur, plein, tendu, sans altération apparente de son tissu ; incisée, elle est trouvée entièrement remplie par un caillot fibrineux, décoloré, en grande partie organisé, et adhérent en quelques points à la paroi interne du vaisseau. Ce caillot présente le même degré d'organisation dans tout le trajet de la veine crurale, dans les veines profondes de la jambe et dans la saphène externe ; la saphène interne est perméable dans toute son étendue.

La tête du fémur, presque entièrement détruite par la carie, présente une surface lisse et aplatie, sans aucun vestige de cartilage ; ce qui reste de cette éminence peut être évalué au tiers de son volume normal et offre une teinte d'un rouge sombre ; il est friable et ramolli ; le stylet le pénètre avec la plus grande facilité ; par la pression, il s'en écoule un liquide sanieux d'une grande fétidité. Le col, entièrement dépouillé du périoste, est hérissé d'une multitude d'aspérités s'étendant aussi entre les trochanters jusqu'à 2 centimètres au-dessous de ces tubérosités. Le périoste qui revêt le corps de l'os est altéré jusqu'à la partie moyenne du fémur ; il est épaissi, infiltré de sérosité, et se décolle par la plus légère traction.

Le corps du fémur, scié à sa partie moyenne, présente un diamètre bien inférieur à celui d'un sujet sain du même âge. La portion compacte paraît très-amincie ; la portion spongieuse a presque complétement disparu ; la cavité médullaire est agrandie aux dépens de la substance compacte ; la moelle, ramollie, est d'un rouge foncé.

Le 1er mai, sommeil de quelques heures pendant la nuit ; les douleurs ressenties dans le moignon à la suite de l'opération ont entièrement disparu. Pouls fréquent, assez développé ; chaleur modérée de

la peau; langue humide, un peu blanche. L'appareil, pénétré par une quantité notable de sérosité rougeâtre, est renouvelé seulement dans les parties extérieures. — 4 bouillons; infusion de tilleul, 3 litres.

Le 2, nuit bonne; accélération du pouls; chaleur modérée de la peau. Le malade accuse un bien-être à lui inconnu depuis longtemps. L'infiltration du pied gauche a envahi le membre entier; le moral est excellent. — Soupes, bouillons, pruneaux, fromage frais; chocolat le matin; infusion de tilleul, 3 pots.

Le 3, même état que la veille. — Même prescription.

Le 4, l'appareil est renouvelé; la plaie est réunie dans son tiers externe et interne; la suppuration est peu abondante et liée; l'infiltration du membre inférieur gauche a fait de nouveaux progrès; l'état général est satisfaisant; l'accélération du pouls persiste. — Un quart de pain, pruneaux, œufs, chocolat le matin, demie de vin.

Le 5, même état que la veille. — Même prescription.

Le 6, douleurs dans le moignon; rougeur et tension de la lèvre inférieure de la plaie en regard de la cavité cotyloïde. La pression exercée sur ce point en fait sortir une assez grande quantité de pus de bonne nature. L'état général est satisfaisant; l'appétit se soutient. — Même prescription.

Les 7 et 8, la plaie est solidement réunie dans son tiers externe et interne; les fils des sutures sont coupés et enlevés; la suppuration est peu abondante, de bonne nature, et fournie par une ouverture qui est restée béante vers le milieu du moignon. L'infiltration séreuse du membre inférieur gauche s'est étendue au scrotum, à la région fessière et à l'aine. La veine saphène interne est fortement distendue et saillante sous la peau; elle n'est pas douloureuse à la pression; la circulation n'y paraît pas interrompue. — Même prescription.

Du 9 au 11, toutes les fonctions se font bien, le sommeil seul est de courte durée et très-léger; la suppuration, toujours peu abondante, de bonne nature, sans odeur appréciable, s'écoule moins facilement dans les pièces de l'appareil. La pression exercée sur la hanche en regard de la cavité cotyloïde en amène au dehors une assez grande quantité. La veine saphène interne gauche donne au toucher la sensation d'une corde tendue et résistante; elle est le siége d'une légère douleur; son oblitération paraît imminente.

Du 15 au 20 mai, une petite perforation s'est faite vers la partie externe de la cicatrice, à peu près en face de la cavité cotyloïde. La suppuration est plus abondante, moins liée, d'un odeur forte; et en même temps un peu de diarrhée avec coliques et ténesmes; les matières sont séro-bilieuses et peu abondantes. L'infiltration du membre

gauche est moins prononcée; mouvement fébrile le soir. — Soupe, bouillons, riz, gomme et potion opiacée.

Du 21 au 30, diarrhée persistante; mouvement fébrile prononcé tous les soirs, suivi de sueurs nocturnes; suppuration très-abondante, séreuse et fétide.

Injections iodées dans le trajet fistuleux et pénétrant dans la cavité cotyloïde; régime alimentaire léger; riz, gomme édulcorée; potion avec sous-nitrate de bismuth, 4 grammes.

Du 30 mai au 4 juin, les forces, qui s'étaient relevées au point de permettre au malade de se lever et de passer plusieurs heures tous les jours dans un fauteuil, commencent à diminuer; la diarrhée persiste; le sommeil est interrompu par des besoins fréquents d'aller à la garde-robe; la suppuration est toujours abondante, séreuse, fétide.

Quatre bouillons; tisane de riz avec gomme; potion avec sous-nitrate de bismuth, 4 grammes.

Du 4 au 10, les digestions sont laborieuses; des coliques surviennent après chaque repas; mouvement fébrile, sueurs nocturnes, affaiblissement progressif, découragement.

Quatre bouillons; blanc de volaille; deux quarts de lavement avec extrait de ratanhia, 0,5; potion opiacée.

Du 10 au 20, une douleur, d'abord vague, puis aiguë et pongitive, se déclare dans le côté droit de la poitrine; en même temps survient un peu de toux suivie d'expectoration mucoso-purulente abondante; bruit de gargouillement sous la clavicule droite; la fièvre est continue, avec redoublement le soir.

Même régime alimentaire; riz, gomme édulcorée; potion opiacée (2); lavement avec extrait de ratanhia, 0,5.

La toux est incessante, l'expectoration puriforme est des plus abondantes; fièvre continue avec sueurs profuses pendant la nuit; abattement des forces; la cicatrice du moignon est restée intacte et solide; la suppuration est presque nulle.

Bouillon, infusion pectorale, potion opiacée.

Du 22 au 24, fièvre continue; dyspnée violente; la toux et l'expectoration sont incessantes; anxiété, plaintes, refroidissement général.

Mort le 24 juin à onze heures du matin.

Autopsie. — La cicatrice du moignon est intacte dans toute son étendue, si ce n'est à la partie moyenne, où l'on trouve l'ouverture d'un trajet fistuleux pouvant recevoir une plume d'oie à son orifice, et qui va en s'élargissant à mesure que l'on se rapproche des sur-

faces osseuses malades ; par une incision cruciale, on constate que le tissu cicatriciel est intact et bien organisé, et on arrive dans un clapier rempli de détritus noirâtres et fétides , dont la cavité cotyloïde forme le centre , et qui s'étend en dehors sous le muscle petit fessier décollé et réduit en bouillie; la cavité cotyloïde ne présente pas de communication avec le bassin; sa surface est rugueuse , noirâtre et se laisse facilement entamer par le scalpel ; ses bords sont inégaux , raboteux, presque entièrement effacés par le travail ulcératif et hérissés dans tout leur contour de très-fines aspérités. On peut suivre cette déposition de matière osseuse en dehors dans la fosse iliaque externe, et dans les autres directions sur la tubérosité ischiatique, le corps et les branches du pubis ; un peu en dehors de l'éminence iléo-pectinée et au niveau de la coulisse des muscles psoas et iliaque, se voit l'ouverture très-étroite d'une petite cavité contenant une substance pierreuse , de la grosseur d'un gros pois, d'un blanc de chaux , non enkystée, intimement adhérente au tissu osseux voisin , et qui paraît être un tubercule ayant subi la transformation crétacée.

L'artère fémorale a contracté des adhérences intimes avec les parties voisines, et se trouve oblitérée dans une étendue de 3 centimètres; la veine iliaque externe est remplie par un caillot consistant , organisé , qui s'étend jusqu'à son confluent avec la veine hypogastrique; la partie du bassin correspondant en dedans à la cavité cotyloïde ne présente rien d'anormal quant aux parties molles qui le tapissent ; le périoste néanmoins est considérablement épaissi et se décolle avec la plus grande facilité ; la surface osseuse sous-jacente offre des rugosités au toucher, sans aucune trace de perforation.

Les principales veines du membre inférieur gauche sont entièrement oblitérées par un caillot dense , décoloré , organisé à divers degrés.

L'iliaque externe et la fémorale sont oblitérées dans toute leur étendue, ainsi que la saphène interne ; la tibiale postérieure et la saphène externe présentent à la jambe la même oblitération ; la tibiale antérieure est perméable dans les trois quarts inférieurs de son parcours.

Le sommet du poumon droit est creusé par une caverne qui pourrait recevoir un œuf de poule , et qui communique avec la cavité pleurale ; celle-ci contient , au niveau du lobe supérieur seulement , une certaine quantité d'un liquide séro-purulent circonscrit de toutes parts par des adhérences anciennes et qui communique largement avec l'intérieur de la caverne ; le lobe moyen est farci de tubercules à l'état d'infiltration ; le lobe inférieur en contient quelques-uns disséminés dans son parenchyme.

Le poumon gauche est sain, complétement libre d'adhérences, et n'offre aucune trace de tubercules.

Les autres organes, examinés avec soin, ne présentent rien d'important à considérer.

— La Société se réunit en comité secret pour la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante de membre titulaire.

L'ordre de présentation proposé par la commission est le suivant :

1° M. Blot.
2° M. Dolbeau.
3° M. Legendre.

L'élection se fera dans la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Béraud.

Séance du 2 octobre 1861.

Présidence de M. Laborie.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Edmond Marx (de Bordeaux) adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Des accidents fébriles à forme intermittente, et des phlegmasies à siége spécial qui suivent les opérations pratiquées sur le canal de l'urèthre;* Paris, 1861, in-4°.

— M. le docteur Raoul Leroy-d'Étiolles adresse à la Société plusieurs exemplaires du mémoire de son père, intitulé : *Sur la diathèse et la dégénérescence cancéreuse;* Paris, 1843, in-8°. On n'a pas oublié que les nombreux documents manuscrits et les tableaux statistiques sur lesquels repose ce travail ont été offerts précédemment par M. Raoul Leroy-d'Etiolles à la Société de chirurgie.

Ajournement de la discussion sur les hernies ombilicales.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que la discussion sur les hernies ombilicales sera renvoyée à une prochaine séance.

M. HUGUIER. J'accepte d'autant plus volontiers ce renvoi que j'avais besoin de quelques informations précises, et je profiterai de cette

circonstance pour demander de prendre connaissance de la lettre de M. Goyrand, qui doit faire le sujet de cette discussion.

M. LE PRÉSIDENT répond que la lettre de M. Goyrand est à la disposition de M. Huguier comme à celle de tous les membres de la Société; et il fait remarquer que l'absence de M. Richet, qui est inscrit pour cette discussion, est un motif de plus pour justifier ce renvoi.

— **M. LE PRÉSIDENT** avertit la Société que dans la prochaine séance il sera procédé à la nomination d'une commission pour présenter la liste des candidats nationaux et étrangers aux places vacantes.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce que M. le professeur Langenbeck (de Berlin), membre associé de la Société, est présent à la séance.

COMMUNICATIONS.

M. LHONNEUR présente les pièces anatomiques relatives à un **enchondrôme** du testicule gauche.

Le nommé B..., vingt-quatre ans, fusilier au 97e de ligne, entre à l'hôpital militaire de Vincennes, dans le service de M. le médecin principal Goffres, le 5 juin 1864, pour une *tumeur du testicule gauche.*

C'est un homme de bonne constitution, ordinairement bien portant, sans antécédents scrofuleux ni vénériens. Il n'a jamais eu d'*orchite* d'aucune nature. Trois semaines seulement avant son entrée à l'hôpital, et par hasard, il s'est aperçu qu'il avait le *testicule gauche* plus gros que l'autre. Il venait de suivre les exercices de l'école de gymnastique : il attribua naturellement cette augmentation de volume à un choc ou à un froissement quelconque de l'organe dans ces exercices; mais n'éprouvant aucune douleur, il ne s'en préoccupa point d'abord; la persistance seule de la tuméfaction le fit entrer à l'hôpital.

On constata alors dans le côté gauche du scrotum une tumeur du volume d'un œuf de poule, ayant toute la physionomie d'une orchite subaiguë. Cette tumeur était, au dire actuel du malade, tout à fait indolente à la pression, n'était le siége d'aucune douleur spontanée, déterminant seulement quelques tiraillements pénibles dans l'aine. M. le principal Goffres prescrivit d'abord des cataplasmes saturnés; plus tard il fit faire des onctions mercurielles et appliquer des emplâtres de Vigo sur la tumeur; enfin il soumit le malade à l'usage interne de l'huile de foie de morue.

Pendant quelque temps la tumeur parut stationnaire, ou au moins son développement fut très-lent. Au mois d'août, elle prit tout à coup

un accroissement rapide et acquit dans l'espace d'un mois le volume qu'elle présente aujourd'hui. B... accusa alors quelques douleurs, mais toujours dans l'aine et la région lombaire.

Le 14 septembre 1861, en prenant le service, je constatai l'état suivant : Le scrotum est presque tout entier occupé par une tumeur appendue au cordon gauche; tumeur ovoïde, à grosse extrémité inférieure, d'un diamètre vertical de 12 à 13 centimètres et de 10 centimètres d'épaisseur, d'une pesanteur considérable; lisse, régulière, sans aucune bosselure; d'une consistance partout uniforme, ferme, élastique, mais dépressible au point de donner l'idée vague d'une collection centrale. La résistance qu'elle présente au doigt est tout à fait superficielle; aucune couche liquide ne paraît interposée entre la peau et la masse morbide.

La peau du scrotum est tendue, sillonnée de quelques veines variqueuses, mais saine et parfaitement mobile.

La tumeur occupant la plus grande partie du scrotum, le raphé médian apparaît sur sa face antérieure.

Comme par le passé, cette tumeur est indolente à la pression et n'est le siége d'aucune douleur spontanée. Vers la partie supérieure, sur la limite postérieure de la face externe, dans un point limité, le malade accuse, sous la pression du doigt, la douleur caractéristique qu'on détermine en comprimant le testicule.

Le cordon est plus volumineux que celui du côté droit, jusqu'à l'entrée du canal inguinal; mais il est sans induration; le canal déférent est sain. Ce volume est dû au développement variqueux des veines; aussi le voit-on diminuer ou augmenter, selon qu'on observe le malade dans la position horizontale ou dans la station debout.

Le testicule droit est sain.

Diagnostic. — Le développement considérable et rapide de la tumeur ne permettait plus de diagnostiquer une *orchite* soit traumatique, soit blennorrhagique, soit syphilitique ou tuberculeuse. Le défaut de fluctuation, l'absence de transparence constatée plusieurs fois avec le plus grand soin par M. le principal Goffres, et la pesanteur, éloignaient la pensée d'une hydrocèle simple ou compliquant une altération quelconque du testicule. D'un autre côté, la régularité de la tumeur, sa consistance homogène, l'absence complète de douleurs spontanées ou à la pression, l'état sain du cordon et des ganglions lombaires, enfin l'état général du malade resté excellent, empêchaient de s'arrêter à l'idée d'une tumeur encéphaloïde. En dehors de ces tumeurs, le diagnostic était encore difficile à préciser : on pouvait avoir affaire à un *sarcome kystique* ou à un *enchondrome* (quoique la dépressibilité que nous avons signalée pût, jusqu'à un

certain point, permettre de rejeter cette dernière tumeur), ou enfin à un de ces *épaississements* de la tunique vaginale accompagnant l'hématocèle appelée *consécutive* par M. le professeur Gosselin. L'augmentation brusque de la tumeur, l'étiologie apparente indiquée par le malade, et cet autre signe, *la possibilité de sentir une résistance dure tout à fait superficielle,* sur lequel insiste le savant professeur de la Faculté, en faisant remarquer que « dans les tumeurs solides il y a toujours quelque endroit, particulièrement en avant, au niveau duquel on refoule une couche liquide, avant de rencontrer la résistance du testicule. » Toutes ces particularités propres à l'hématocèle et observées chez notre malade faisaient un devoir de recourir à un dernier moyen de diagnostic, à une ponction exploratrice.

Le 15 septembre, je pratique une première ponction sur la face antérieure de la tumeur; le trocart pénètre dans une masse solide, homogène, et la canule ne donne issue qu'à quelques gouttes de sang vermeil. Une autre ponction, pratiquée immédiatement dans un autre point de la tumeur, donne le même résultat, et de plus la plaie scrotale, après l'extraction de la canule, donne issue à un petit jet d'un liquide citrin (10 à 12 gouttes environ) provenant sans nul doute de la tunique vaginale.

La nature solide de la tumeur était évidente; le diagnostic qu'il me paraît possible d'établir est celui de sarcocèle kystique (maladie kystique de Curling, traduction de M. Gosselin). Dès lors l'inutilité d'un traitement local et général devient certaine; l'ablation seule du testicule peut procurer la guérison. Pourtant l'indolence de la tumeur, l'état général resté très-satisfaisant permettant de temporiser, je soumets le malade à l'usage des pilules de ciguë et calomel, de l'iodure de potassium à la dose de 1 et 2 grammes par jour, en même temps que je fais faire sur le scrotum des frictions avec des pommades iodurées.

Après quinze jours de ce traitement, ne voyant aucune amélioration dans son état, le malade, à qui j'avais fait entrevoir la nécessité d'une opération, la réclame lui-même.

Le 1er octobre, une ponction exploratrice est encore pratiquée, et donne le résultat obtenu par les deux premières. Alors, le malade étant chloroformé, une incision comprenant toute l'épaisseur des enveloppes scrotales est faite sur la face antéro-externe pour éviter la cloison, et dans toute la hauteur de la tumeur. Cette incision permet d'énucléer facilement le testicule malade et l'extrémité inférieure du cordon. Les éléments du cordon sont ensuite coupés successivement, la ligature des vaisseaux faite isolément, à mesure de leur section; la rétraction du scrotum est considérable:

les lèvres de la plaie sont rapprochées et réunies par des serre-fines partout, excepté à la partie inférieure.

Description anatomique. — La tumeur énucléée pèse 485 grammes; son diamètre vertical mesure 12 centimètres, son épaisseur 10 centimètres. La tunique vaginale est saine ; des adhérences faibles existent seulement en deux points, et paraissent consécutives aux ponctions exploratrices.

Le canal déférent est sain; l'épididyme, déroulé par le développement de la tumeur, est étalé sur la face postéro-externe. (C'est sa compression qui probablement donnait lieu à la douleur testiculaire.)

En incisant la tumeur sur la face antérieure et de haut en bas, on voit d'abord la tunique albuginée très-amincie et facilement isolable des tissus sous-jacents; au-dessous, une couche de substance tuberculeuse facilement reconnaissable à l'œil nu, étalée sur la face antérieure et les faces latérales de la tumeur. Cette couche a d'un à deux millimètres d'épaisseur. En l'incisant elle-même sur la ligne médiane, on peut la séparer de la masse morbide principale jusque sur les limites des faces latérales, où, au premier abord, elle semble ne plus exister.

La masse morbide principale qu'on découvre alors est régulièrement lobulée à l'extérieur. Les lobes, bien distincts, mais unis intimement, convergent de la face antérieure vers le bord postérieur de la tumeur. A l'extrémité supérieure et à l'extrémité inférieure, on observe deux lobules de deux ou trois centimètres de diamètre, aplatis, paraissant presque isolés des autres : ils se continuent par un large pédicule avec la masse. Une couche celluleuse mince enveloppe tous les lobes et lobules. Cette couche est plus épaisse antérieurement et même présente là une disposition en lamelles de densité fibro-cartilagineuse.

La coloration générale de la tumeur est jaunâtre, un peu tachée par des tractus rougeâtres, surtout au niveau des cloisons.

La densité est considérable, mais moins uniforme qu'elle ne le paraissait dans le scrotum. Les deux petits lobules signalés aux extrémités ont la consistance de l'encéphaloïde au début de la période de ramollissement. Le doigt, en comprimant la tumeur, constate, outre les lamelles fibro-cartilagineuses indiquées à la face antérieure, de petites masses dures qui restent saillantes quand on déprime les parties moins denses qui les entourent. Ces masses, de volume variable, irrégulièrement disséminées, donnent assez bien, par leur résistance, l'idée de cylindres qu'on boucherait par une de leurs extrémités,

l'autre appuyant sur un point solide au centre de la tumeur (leur développement pourrait être un signe certain de ces tumeurs, s'il arrivait au point d'être sensible à l'extérieur). Les cloisons elles-mêmes qui séparent les lobules sont dans quelques points très-épaisses; quelques-unes ont une consistance presque osseuse.

La tumeur est indurée dans toute son épaisseur. Le scalpel divise une multitude de lamelles et de noyaux cartilagineux dont la surface de section paraît brillante. Du reste, on observe encore sur la coupe l'aspect lobulé signalé extérieurement; seulement, les mamelons ou lobes sont plus nombreux et moins réguliers. La coloration n'est point partout la même; celle des lobules placés aux extrémités de la tumeur est jaune rougeâtre; leur substance fait une saillie convexe sur la coupe. La masse qui compose la couche superficielle de la tumeur est grisâtre. Au centre, on observe de gros lobes à coloration jaunâtre. La densité de la couche superficielle est de beaucoup supérieure à celle des gros lobes centraux. Cette couche superficielle, d'une épaisseur de 1 ou 2 centimètres, a un aspect granuleux dû à la saillie des lamelles cartilagineuses signalées et à une infinité de petites pyramides tronquées, irrégulièrement polyédriques, qu'on voit facilement être des prolongements ramifiés de masses de même nature. Ces masses, qu'on énuclée et qu'on parcelle facilement, paraissent translucides et brillantes, un peu jaunâtres, comme de la gélatine solidifiée (elles ont la densité du cartilage). On observe aussi sur la coupe de nombreux orifices circulaires et béants, les uns répondant à des vaisseaux durcis divisés par le scalpel, les autres à des canalicules séminifères très-simplifiés, dont les parois sont devenues denses et comme cartilagineuses. L'enchevêtrement de ces différents éléments avec de petits grains de même nature et de même aspect, et enfin une notable proportion de tissu fibreux composent cette masse pathologique.

Les lobules, jaunâtres et d'aspect comme graisseux, présentent sur la coupe de petits grains cartilagineux perlés, translucides, plus brillants quand on déchire la tumeur; on les énuclée facilement des petites cavités irrégulières dans lesquelles ils sont contenus.

Cette masse granuleuse qui compose les lobes est séparée par des cloisons fibreuses, fibro-cartilagineuses et même osseuses. La transformation de ces cloisons est d'autant plus complète qu'on les observe plus près du corps d'Highmore. Les cloisons sont épaisses de plusieurs millimètres et font saillie comme des crêtes entre les lobules. Des lames fibreuses et munies de vaisseaux séparent les lobules et paraissent en quelques points se continuer avec les crêtes cartilagineuses.

On observe aussi dans la masse de la tumeur de petits kystes de 2 ou 3 millimètres, contenant un liquide albumineux.

— M. CHASSAIGNAC. J'ai pratiqué tout récemment une opération dont je veux soumettre le résultat à l'appréciation de mes collègues. J'avais dans mon service une jeune femme atteinte de fistule vésico-vaginale. Son état était grave, elle était anémique, d'une faiblesse extrême et d'un moral abattu. Avec cet état général si mauvais, je n'ai pas voulu la soumettre à une opération sérieuse comme le sont toutes celles qui ont pour but de remédier à cette lésion. Je ne voulais pas non plus laisser sans soins et sans remèdes cette malade, dont la santé s'altérait visiblement chaque jour. C'est alors que je me suis demandé si en traitant cette fistule urinaire comme on traite habituellement les fistules à l'anus, je n'obtiendrais pas un résultat aussi favorable. Au premier abord, cette idée paraît mauvaise, mais la pratique est venue démontrer qu'elle peut être bonne. J'ai donc pratiqué cette opération en introduisant la chaîne de l'écraseur par l'urèthre, la faisant sortir dans le vagin à travers la fistule et en coupant toutes les parties comprises dans l'anse métallique. Voici quelles en ont été les suites :

Dès le lendemain, la malade a senti pour la première fois le besoin d'uriner. D'abord ce besoin s'est manifesté tous les quarts d'heure; au bout de huit jours, il n'a plus eu lieu que toutes les demi-heures, et enfin, au bout de huit autres jours, toutes les heures. Il résulte de là que la vessie reprenait chaque jour de plus en plus son usage de réservoir urinaire, au point qu'aujourd'hui elle conserve l'urine pendant une heure et un quart. En même temps que ces modifications locales apparaissaient, la santé générale s'améliorait d'une manière satisfaisante ; l'affaiblissement diminuait, l'anémie se guérissait, de sorte qu'aujourd'hui cette malade pourrait facilement, si cela était nécessaire, supporter une opération telle qu'on la pratiquerait avec les procédés généralement connus.

Ainsi, je constate un résultat qui est évidemment favorable. Certainement cette malade n'est point guérie, puisqu'elle n'a pas de sphincter vésical, mais son état est passablement amélioré. Ainsi, on ne peut méconnaître que la vessie ne remplisse mieux son rôle de réservoir. Les urines sont mieux retenues dans le lit que dans la station verticale. Cette rétention de l'urine a fait disparaître l'irritation de la face interne des cuisses et des organes génitaux, qui accompagne l'écoulement incessant de ce liquide, et si déjà nous avons une amélioration satisfaisante, il est probable que cette amélioration fera encore des progrès avec le temps.

Comment pouvons-nous expliquer que l'orifice de la fistule uri-

naire se modifie au point de se sphinctériser après que j'ai eu pratiqué mon opération ? Voici mon opinion à cet égard. Avant l'opération, l'orifice fistuleux avait trois centimètres en travers et un centimètre et demi dans le sens antéro-postérieur ; il était situé en arrière du col de la vessie. J'ai fendu l'urèthre depuis son méat jusqu'à la fistule, en intéressant la paroi inférieure du canal. De cette incision, il est résulté que la fistule est entrée pour une part dans la plaie que nous avions faite. Cette plaie représentait dès lors une sorte d'ovale dans le tiers postérieur duquel était le tissu cicatriciel de la fistule, et dans les deux tiers antérieurs le tissu musculaire du col de la vessie et de la paroi inférieure de l'urèthre. Il y avait ainsi un élément contractile qui venait s'ajouter à un élément fibreux, inerte, impuissant à fermer un orifice ; il y avait donc eu création d'une sorte de sphincter à la partie antérieure de la vessie.

Voilà l'explication que je propose. Ce fait est à l'étude, c'est un sujet d'expérience, et j'engage les personnes qui voudraient en être témoins à venir à l'hôpital Lariboisière.

Actuellement je cherche à compléter le résultat, et je touche tous les deux jours les bords de l'incision avec le crayon de nitrate d'argent.

Si l'on peut invoquer les lumières et les conseils de ses collègues avant de s'engager plus avant dans une voie nouvelle, c'est certainement le cas. Je suis prêt à recevoir tous les avis, et à ne point persévérer si l'on jugeait ma tentative comme défavorable. Je reconnais volontiers que le moment n'est pas opportun de chercher des méthodes nouvelles pour traiter une lésion qui est aujourd'hui si efficacement combattue par les procédés connus, et surtout depuis qu'ils ont été perfectionnés par les Américains. Mais je dois faire remarquer que mon opération a été faite dans un cas exceptionnel, alors qu'il y aurait eu inconvénient grave à faire une opération longue et douloureuse.

M. HUGUIER. Je veux demander quelques renseignements à M. Chassaignac. D'après les explications données par notre collègue, il est évident qu'il avait affaire à une fistule vésico-vaginale. Or nous savons tous ce que peut le sphincter vésical. S'il est paralysé, il est évident qu'il y aura incontinence complète de l'urine. Or, en le coupant, on s'exposait à cette paralysie, et j'ai le droit d'en conclure que cette seule considération ne doit pas engager à suivre la conduite de M. Chassaignac. Dans l'opération nouvelle pratiquée par notre collègue, tout nous fait prévoir un insuccès. Cependant, avant de porter condamnation sur une opération, quelque irrationnelle qu'elle paraisse, il est bon de voir ce qu'elle donne dans la pratique.

Existe-t-il dans la science des faits qui puissent nous servir à porter un jugement? Oui. Je connais un fait qui a été observé dans le service de M. le professeur Velpeau. Une femme, encore jeune, n'éprouvait plus les sensations qu'elle avait d'abord goûtées dans les rapprochements sexuels. Pensant que cette absence de sensation tenait à l'insensibilité de la muqueuse du vagin, et ayant remarqué d'un autre côté que son urèthre possédait une vive sensibilité, cette femme crut remédier à son état en fendant son urèthre dans toute sa longueur, le col vésical et une partie du réservoir urinaire, de manière à le faire communiquer avec le vagin, afin que les rapports sexuels missent en jeu sa sensibilité. Quoi qu'il en soit, elle conserva une fistule vésico-vaginale et une incontinence d'urine.

Dans son opération, M. Chassaignac a sans doute fendu l'urèthre avec son écraseur (M. Chassaignac répond affirmativement); l'urine s'est écoulée d'abord, puis il y a eu une sorte d'amélioration, en ce que l'urine a pu être conservée plus longtemps. Cette amélioration ne peut-elle pas s'expliquer et peut-on espérer qu'elle durera? Les sections faites avec l'écraseur offrent un gonflement plus considérable dans les lèvres, et peut-être c'est là l'unique cause de cette rétention de l'urine. Mais quand ce gonflement aura disparu, ne peut-il pas se faire que l'incontinence revienne? C'est là une simple hypothèse, je l'avoue, mais elle peut être faite sans forcer la nature des choses. D'un autre côté, quand on examine les fibres musculaires de la vessie, on ne comprend pas facilement comment un sphincter peut être produit par elles. Il faut donc bien réfléchir avant de s'engager plus loin dans la voie que nous montre M. Chassaignac.

M. VERNEUIL. M. Chassaignac voudra bien m'excuser, et ne pas prendre en mauvaise part ma critique, qui, je le déclare, sera sévère et serrée. Je vais donc combattre cette tentative, et j'entre de suite en matière.

Il existe dans la science une classification des fistules vésico-vaginales dans laquelle on range les fistules dans tel ou tel ordre, suivant leur gravité. Depuis que les procédés opératoires ont été perfectionnés, et qu'on les guérit dans la plus grande majorité des cas, le pronostic a fait changer cette classification. Ainsi, autrefois, les fistules vésico-uréthro-vaginales étaient considérées comme les plus simples, tandis que les fistules vésico-vaginales étaient d'autant plus graves qu'elles étaient plus éloignées du col de la vessie. Aujourd'hui cette classification doit être changée : les fistules les plus graves sont précisément celles qui intéressent le col vésical; ce sont les fistules vésico-uréthro-vaginales. Voici pourquoi. La suture réussit bien à toutes les hauteurs de la cloison vésico-vaginale; mais dans la région

du col, elle échoue presque toujours, parce que le sphincter vésical étant détruit, la suture est impuissante à le reconstituer. L'opération ne peut pas refaire ce sphincter qu'une eschare a emporté dans sa moitié inférieure et qui a été remplacé par un tissu cicatriciel. Il y a donc toujours incontinence, même après l'opération. Or je crains bien que M. Chassaignac n'ait changé une fistule d'une variété bonne en une fistule d'une variété mauvaise. Je citerai à cet égard une malade qui a été opérée par un chirurgien des plus compétents pour une fistule intéressant le col. L'opération a été suivie d'un très-beau succès, mais la malade a une incontinence qui persiste, et cette infirmité s'explique parce que le sphincter n'a pu être reconstitué.

M. Chassaignac a été guidé dans cette tentative parce que la femme avait une incontinence et n'éprouvait pas le besoin d'uriner, et il a remarqué qu'après l'opération ce besoin est revenu. J'avoue que la réapparition de cette envie, de ce besoin, ne me séduit point. L'important ici, ce n'est pas la sensation de ce besoin, mais bien la conservation de l'urine dans son réservoir. Actuellement, la malade de M. Chassaignac présente un large orifice entre le vagin et la vessie. Ou bien cet orifice restera aussi grand, et alors l'incontinence persistera; ou bien il se rétrécira, et il est évident que c'est vers ce but que se dirigent les efforts de M. Chassaignac, qui pratique des cautérisations avec le nitrate d'argent. Mais dans cette dernière alternative, jusqu'à quel point faudra-t-il porter le rétrécissement? Cet orifice, fût-il réduit aux dimensions d'une plume d'oie, n'ayant pas de sphincter, laissera couler facilement l'urine. Ce n'est pas la grandeur de l'orifice qui fait l'incontinence. D'un autre côté, si l'on pousse trop loin le rétrécissement, ne s'exposera-t-on pas à une oblitération complète?

Je veux faire encore une objection à M. Chassaignac. Si, au bout d'un certain temps, on voulait pratiquer une opération usuelle à la malade, il est évident qu'il faudrait faire une opération bien plus sérieuse, à cause de sa complexité. Avant l'intervention de M. Chassaignac, nous avions une opération simple, facile; après son intervention, c'est une opération longue, incertaine, difficile. Il faudra, en effet, rétablir l'urèthre, fermer la fistule, d'où la nécessité d'une suture longitudinale, puis d'une suture transversale; et malgré tout cela, on ne peut espérer de pouvoir constituer un sphincter vésical. Je conclus donc que les procédés perfectionnés qui sont aujourd'hui en notre pouvoir nous dispensent d'avoir recours à des méthodes nouvelles.

Puisque j'ai la parole, j'informerai la Société que M. Marion Syme a eu la bonté de pratiquer dans mon service une opération de fistule

vésico-vaginale d'après sa méthode. Il a fait cette opération avec une grande dextérité, et elle m'a paru plus expéditive que celle de M. Bozeman. La fistule avait 2 ou 3 centimètres de diamètre; l'opération a duré une demi-heure. Aujourd'hui la guérison est assurée; la cicatrisation est faite, et déjà la femme a pu conserver son urine pendant une demi-heure. Aucun accident n'est survenu.

En voyant les avantages de la méthode de M. Marion Syme et ceux de la méthode de M. Bozeman, je me propose de faire la combinaison de ces deux méthodes.

M. CHASSAIGNAC. Je ne prends pas la parole pour défendre mon procédé. J'ai cru que ma malade était dans de mauvaises conditions pour être soumise à des procédés dont je reconnais toute la supériorité, et voilà pourquoi j'ai eu recours à ma tentative. Quand la science possède, comme aujourd'hui, des procédés si réguliers, le moment n'est guère propice pour chercher mieux, pour instituer une méthode nouvelle. J'ai voulu seulement signaler un fait curieux et qui éclaire un point ignoré, à savoir, que l'incision de l'urèthre dans toute sa longueur chez une femme qui a une fistule urinaire, fait revenir le besoin d'uriner. Je regarde les arguments de M. Verneuil comme d'une très-grande valeur.

Quant à l'idée que le gonflement des lèvres de la plaie est la cause de la rétention de l'urine, elle ne peut être admise, parce qu'à mesure que la femme s'éloigne du moment de l'opération, la rétention devient plus prolongée. M. Verneuil a fait la remarque fort juste que ce n'est pas tant le besoin que la rétention qui importe; mais je réponds que non-seulement le besoin se fait sentir, mais encore qu'à mesure que l'amélioration devient plus grande l'incontinence diminue.

Je reconnais aussi que la destruction du sphincter dans les fistules du col est un argument très-puissant; mais il faut ici établir deux cas. Il n'est pas indifférent que la section de cet anneau musculaire soit produite par le bistouri et par l'écraseur ou par une eschare. Dans le premier cas, il y a section simple; dans le second, il y a destruction d'une partie du sphincter. Or, dans l'ovale que j'ai produit par la section avec l'écraseur, il y a deux éléments: un musculaire et un cicatriciel. L'élément musculaire a suffi pour fermer l'orifice. Quant à la grandeur de la fente, elle est plus petite que dans les premiers jours, et je pense qu'elle diminuera encore, sans arriver cependant jusqu'à l'oblitération.

Je vais répondre maintenant à une dernière objection; c'est le cas d'une opération régulière après la tentative que j'ai faite. Je crois, en effet, que si on s'engageait dans cette voie-là sans discernement, l'argument serait fondé; mais cette opération secondaire n'est pas plus

complexe qu'elle ne l'aurait été primitivement ; le sphincter n'a pas été détruit, il y a eu seulement section ; l'objection n'est donc pas valable. Si on reconstituait l'urèthre, on retrouverait un véritable sphincter parfaitement entier. Voilà ce que je voulais répondre, et je finis en appelant toute l'attention de la Société sur cette tentative.

M. VERNEUIL. J'ai dit qu'on pouvait espérer le rétablissement d'un sphincter, mais qu'on n'en était point sûr.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que le vote pour la nomination d'un membre titulaire sera renvoyée à la séance prochaine, parce que la Société n'est pas en nombre.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 9 octobre 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Election d'un membre titulaire. — Sur 23 votants :

M. Blot a obtenu. . . . 20 voix.
M. Legendre . . . . . 3 »

M. Blot, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire de la Société.

— *Nomination d'une commission pour présenter une liste de candidats aux places vacantes de correspondants nationaux.* — Cette commission, nommée au scrutin, sera composée de MM. Cullerier, Gosselin, Morel-Lavallée et Depaul.

— *Nomination d'une commission pour présenter la liste des candidats aux places de membres correspondants étrangers.* — Cette commission, nommée au scrutin, est composée de MM. Giraldès, Bouvier, Verneuil et Larrey.

LECTURE.

M. GIRALDÈS, au nom d'une commission composée de MM. Larrey, Follin et Giraldès, rapporteur, lit un rapport sur les travaux de M. le docteur Ehrman.

Messieurs, un médecin distingué, professeur à l'Ecole secondaire de médecine d'Alger, M. le docteur Ehrman, sollicite l'honneur de faire partie de la Société de chirurgie, dans la classe des membres

correspondants. Pour se conformer aux prescriptions réglementaires de la Compagnie, ce confrère a adressé à la Société plusieurs travaux ; vous avez renvoyé l'examen de ces documents à une commission composée de MM. Follin, Larrey et Giraldès. La commission vient remplir aujourd'hui sa mission et recommander vivement à vos suffrages la candidature de notre confrère de l'Ecole de médecine d'Alger.

Les travaux envoyés par M. Ehrman comprennent :

1° Un mémoire imprimé *sur les effets produits sur l'encéphale par l'oblitération des vaisseaux artériels qui s'y distribuent*. Une seconde édition de ce travail a été envoyée à la Société ; il n'a pas été remis à la commission.

2° Un mémoire manuscrit *sur les variations anatomiques du cercle artériel de Willis*.

3° Un travail manuscrit : *Remarques sur un cas de paralysie faciale double consécutive à une double otite*.

4° Une observation de *hernie étranglée, irréductible, de longue date, opération ; adhérences nombreuses ; guérison*.

Le mémoire imprimé et le mémoire manuscrit *sur les variétés anatomiques du cercle artériel de Willis* se rattachent tous les deux de si près au même sujet, que l'un semble être le complément de l'autre.

Dans le mémoire imprimé, il est principalement question des diverses modifications qu'éprouve la circulation cérébrale, par suite de l'interruption subite du cours du sang dans l'une des artères carotides ; dans le travail manuscrit, consacré à des recherches d'un ordre purement anatomique, l'auteur cherche les raisons matérielles, anatomiques des accidents qu'on observe à la suite de l'opération de la ligature de l'artère carotide. D'après ce court énoncé, on peut dire que ces deux travaux sont connexes, et qu'il serait difficile d'en parler isolément. Nous allons passer en revue quelques-unes des parties les plus saillantes de ces deux travaux, en nous arrêtant surtout aux points essentiels qui dominent le sujet.

L'étude de la circulation intra-crânienne, en raison même des conditions anatomiques qui président à cette fonction, intéresse vivement le pathologiste. Le nombre, la disposition et le calibre des vaisseaux sanguins qui se distribueut à l'encéphale, la richesse et l'ampleur des capillaires qu'on rencontre à sa base, et la position des principaux troncs veineux logés dans des espèces de tunnels fibreux, méritent bien d'appeler à la fois l'attention du physiologiste et du pathologiste.

D'après cette disposition anatomique, on comprend aisément que

si les courants sanguins qui se rendent au cerveau sont modifiés dans leur impulsion et dans leur ampleur, soit par l'action directe du cœur ou par les oscillations respiratoires, ils imprimeront aux fonctions de l'encéphale des changements dignes d'être remarqués.

En effet, qu'un de ces courants soit pour un instant interrompu dans son cours, qu'une région du cerveau soit momentanément privée du sang qui lui est destiné, et aussitôt on constatera des troubles dans les diverses fonctions de l'organe, troubles dont quelques-uns ont été habilement analysés et décrits au point de vue clinique par Marshall-Hall et Husmaul, et que les travaux de Bichat, et surtout les belles expériences de Donders, ont permis de bien comprendre.

M. Ehrman, dans sa thèse inaugurale sur l'anémie du cerveau, avait déjà essayé d'étudier un point du problème qu'il traite avec plus d'étendue dans son mémoire intitulé *Quels sont les troubles fonctionnels produits par l'arrêt subit de la circulation du cerveau à la suite de la ligature d'une des artères carotides?* question d'un grand intérêt et d'une haute portée; question un peu négligée, il est vrai, mais qui réclame désormais une grande place dans l'histoire de la ligature des artères carotides.

Jusqu'à ces derniers temps, en effet, les chirurgiens se préoccupaient peu de bien connaître les troubles des fonctions cérébrales produits par cette opération. Se fondant sur des expériences curieuses instituées par Astley Cooper (1), ils tenaient à peine compte des désordres occasionnés par l'arrêt de la circulation dans les fonctions du cerveau.

En 1815, Hogdson (2), dans son *Traité sur les maladies des artères*, s'exprimait ainsi : « Il est démontré que l'oblitération de l'artère ca-» rotide n'est pas suivie de désordres dans les fonctions du cer-» veau. »

En 1847, Chélius, dans son *Traité de chirurgie*, tenait à peu près le même langage; enfin, en 1850, le professeur Miller (3), en parlant de la ligature de ce vaisseau, réservait toutes ses craintes pour les accidents qu'on pourrait observer du côté du poumon. « Après la li-» gature de l'artère carotide, dit-il, les poumons sont en danger de se » congestionner, ce qui peut occasionner une apoplexie qui pourrait » être suivie d'une pneumonie. »

---

(1) *Guy's hospital Reports*, vol. I.

(2) *A Treatise on diseases of arteries and veines*, p. 314.

(3) *Principles of Surgery.*

Enfin, à en juger par le silence gardé par M. Malgaigne (1) sur cette question importante dans la dernière édition de sa *Médecine opératoire*, on peut supposer que le professeur de la Faculté n'y attache pas un grand intérêt, et cependant, en 1798, Abernethy (2) avait déjà entrevu l'influence de cette opération sur les fonctions cérébrales ; et en 1805 Astley Cooper avait vu se produire chez son premier opéré des accidents qui en donnaient la démonstration. C'est en 1845 que le docteur Norman Chevers (3), dans un travail sur les effets de l'oblitération des artères carotides dans la circulation cérébrale, a le premier bien démontré combien cette ligature est accompagnée d'accidents graves occasionnés par une modification dans la circulation cérébrale. Depuis, les professeurs Erichsen (4) et Sédillot (5), et surtout notre collègue M. Broca (6), ont insisté sur ce point, et appelé l'attention des chirurgiens sur une question aussi importante.

Avant ces auteurs, Pierre Bérard (7), dans un remarquable article, seconde édition du *Dictionnaire de médecine*, discuta ce point intéressant de clinique, sans cependant considérer les accidents observés comme aussi graves et aussi fréquents qu'ils le sont en réalité, ainsi que les recherches statistiques l'ont démontré. En effet, Norris (8), sur 49 observations de ligature de l'artère carotide inscrites dans le tableau qu'il a publié, compte 31 cas dans lesquels des accidents cérébraux ont accompagné l'opération. Sur un ensemble de 187 cas contrôlés, M. Ehrman compte 42 faits dans lesquels des désordres cérébraux ont été signalés, ce qui donne la proportion de 22 et une fraction pour 100.

Maintenant, ajoutant à ce chiffre les cas, au nombre de 15, dans lesquels les deux ligatures ont été simultanément liées, et ceux, au nombre de 11, où le tronc innominé a été également lié, il arrive à un ensemble de 213 opérations, dans lesquelles quarante-sept fois l'opération a été suivie d'accidents cérébraux. C'est à peu près la même proportion de 22 pour 100.

Le travail du professeur de l'École de médecine d'Alger renferme

---

(1) *Manuel de médecine opératoire.*
(2) *Surgical works inguries of the head,* vol. II, p. 125.
(3) *London medical Gazette*, 1845, p. 1140.
(4) *Science and art of Surgery.*
(5) *Méd. opératoire*, 2e éd., 1 vol.
(6) *Traité des anévrysmes.*
(7) *Dict. de méd.*, 2e éd., art. *Carotide.*
(8) *The American Journal of med. science*, juillet 1847.

un résumé assez complet de cette question ; il vient, dans une certaine mesure, fournir de nouveaux documents, et jeter une vive lumière sur la gravité de l'opération de la ligature de l'artère carotide, dépendant surtout des accidents cérébraux qui lui succèdent.

L'auteur passe rapidement en revue les diverses théories invoquées pour expliquer ces accidents ; il expose brièvement la série des expériences instituées dans le but de connaître et de bien apprécier l'influence de la suppression plus ou moins rapide du cours du sang sur les fonctions cérébrales. Il énumère la nature et la gravité de chaque accident, dont il cherche à donner la valeur clinique.

Pour expliquer quelques-uns des troubles fonctionnels qui succèdent à l'opération, l'auteur adopte une opinion avancée par Pierre Bérard, qui pensait que dans beaucoup de cas les troubles cérébraux étaient dus à une insuffisance vasculaire, empêchant le rétablissement de la circulation après la ligature.

Afin de donner à son explication une base solide, M. Ehrman s'est livré à une série de recherches, dans le but de connaître les diverses variétés anatomiques des vaisseaux qui se distribuent à la base du cerveau.

Le résultat de ses investigations se trouve minutieusement exposé dans le mémoire manuscrit sur « les variétés du cercle artériel de Willis ».

D'après lui, les gros vaisseaux de chaque côté du cou présentent une différence de calibre quelquefois assez marquée ; cette différence se retrouve surtout dans les troncs qui composent l'hexagone artériel du cerveau, et dans les branches principales qui en partent. Il croit que l'exiguïté de certaines anastomoses basilaires peut, dans un cas donné, constituer une insuffisance vasculaire, et empêcher le rétablissement de la circulation ; que dans quelques cas les accidents observés ne reconnaissent pour cause qu'une insuffisance dans les voies anastomotiques, dans les vaisseaux chargés de rétablir la circulation.

Tout en appréciant le mérite de recherches anatomiques faites dans une direction essentiellement pratique, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer combien il faut être réservé à en tirer des conclusions.

En effet, toutes les fois qu'une artère présente une diminution dans son calibre, on voit à côté d'elle, par cette espèce de loi que Geoffroy Saint-Hilaire a appelée balancement des organes, se développer d'autres vaisseaux, dont l'ensemble offre quelquefois un calibre plus grand que celui du vaisseau à l'état normal, et dans le point où l'œil de l'anatomiste croit voir une insuffisance vasculaire, il se

trouve, au contraire, des moyens pour rétablir la circulation avec une amplitude complète.

Sans doute, si dans certains cas on peut regarder ces insuffisances vasculaires comme pouvant rendre compte des troubles cérébraux observés, dans beaucoup de cas aussi on peut affirmer que cette explication est insuffisante. Qu'une hémiplégie, un trouble nerveux surviennent aussitôt après la ligature d'une artère carotide, on comprend aisément que l'anémie cérébrale produite par l'arrêt de la circulation soit la cause déterminante de l'accident, et que sa persistance soit favorisée par une insuffisance dans le rétablissement de la circulation ; que le même phénomène apparaisse quelques jours après, comme dans la première observation d'Astley Cooper, et alors on est bien forcé de renoncer à la théorie séduisante des variétés anatomiques, et on est obligé de faire intervenir une autre cause.

D'après le court exposé que je viens de faire de quelques-uns des points traités dans les deux travaux de M. Ehrman, la Société peut apprécier toute leur importance clinique. Si l'on tient compte des documents résumés dans son mémoire, on est forcé d'admettre avec lui et avec beaucoup d'autres chirurgiens que la ligature de l'artère carotide est une opération grave, accompagnée souvent de complications sérieuses, au nombre desquelles il faut ranger en première ligne les troubles des fonctions encéphaliques.

En terminant ce rapport, nous devons mentionner deux travaux manuscrits : le premier, sur une paralysie double du nerf facial produite par une otite double, observation curieuse, complétée par l'examen anatomique des parties malades, et une observation intéressante de hernie étranglée.

Enfin, comme complément de ce rapport, nous devons ajouter que M. Ehrman se distingue à la fois par son honorabilité, par sa position scientifique et sociale.

A tous ces titres, votre commission, Messieurs, vient recommander M. le docteur Ehrman aux suffrages de nos collègues, et vous propose :

1° D'inscrire honorablement son nom dans la liste des candidats aux places de membres correspondants nationaux ;

2° De publier un résumé du travail manuscrit sur la paralysie faciale ;

3° De déposer les autres travaux dans les *Archives*.

DISCUSSION.

M. LABORIE. Si je prends la parole après avoir entendu le savant rapport de M. Giraldès, ce n'est pas pour signaler une omission,

mais seulement pour dire quelques mots d'un travail qui, sans être absolument relatif à la question traitée dans le mémoire de M. Ehrman, s'y rattache cependant.

Je veux parler du mémoire de M. Jobert (de Lamballe), *sur la ligature des carotides*. Comme l'a dit M. Giraldès, il y a peu d'accord entre les physiologistes sur l'effet de la ligature des deux carotides chez les animaux.

Les expériences de M. Jobert ont été faites sur une assez nombreuse série d'animaux, des chiens, des lapins, des cochons d'Inde, des chevaux, etc. Sur tous les animaux, en exceptant seulement les chevaux, la double ligature a été supportée sans aucun de ces accidents signalés par plusieurs physiologistes. Sur les chevaux, au contraire, elle a constamment déterminé la mort.

En recherchant la cause de cette singularité dans l'étude anatomique, il a été reconnu que les artères vertébrales des chevaux offraient un volume remarquablement petit, et la mort, qui semblait bien tenir à l'insuffisance de la circulation cérébrale, arrivait cependant sans phénomènes cérébraux appréciables. Les poumons au contraire paraissaient le siége de la lésion mortelle ; ils étaient, en effet, gorgés de sang, et présentaient de véritables foyers apoplectiques.

M. GIRALDÈS. Je connais ce mémoire ; mais si je ne l'ai point cité, c'est qu'il n'a pas rapport à la question que je voulais traiter. C'est ce résultat obtenu par M. Jobert, qui a induit en erreur M. Miller, et déjà avant lui Mayer (de Bonn) était arrivé au même résultat par des expériences nombreuses.

Si, au contraire, on procède comme Donders, on arrive à démontrer d'une manière évidente que la suspension dans la circulation des carotides a une influence considérable dans les fonctions cérébrales.

Ast. Cooper a fait la ligature des quatre artères qui vont au cerveau chez des animaux, et il a vu que la circulation se rétablissait, que cette ligature avait peu d'influence.

Néanmoins, si on compulse les observations faites sur l'homme, l'on voit bientôt que les résultats sont bien différents. Certainement, dans quelques cas, la ligature d'une carotide n'a pas eu de suites fâcheuses, mais malheureusement il n'en est point toujours ainsi, et l'on a vu la mort survenir dans cette circonstance.

On peut, du reste, constater directement l'influence de cette ligature sur des animaux. Si on fait, à l'exemple de Donders, une ouverture au crâne, et si on scelle avec soin un verre de montre à cette ouverture, l'on pourra constater toutes les modifications apportées par la ligature des carotides. On verra que le cerveau devient pâle, exsangue, anémique ; l'on pourra voir aussi que le mouvement d'ex-

pansion de cet organe diminue, en même temps que le sang cesse de lui arriver.

Cette suspension de la circulation, sous l'influence de la ligature des carotides, est si incontestable, que la pratique en a tiré parti pour combattre certaines affections. Ainsi M. Jacobi a traité avantageusement les accès de l'épilepsie par la compression de ces vaisseaux. D'un autre côté, on raconte que des personnes ont pu être plongées artificiellement dans un coma profond par la seule compression des deux carotides. Nous pouvons expliquer tous ces phénomènes par l'arrêt de la circulation et par la compression des filets du grand sympathique accompagnant les carotides.

Les expériences de M. Cl. Bernard ont, en effet, démontré que la paralysie du sympathique amenait une stase dans les capillaires sanguins qui terminent les vaisseaux supportant les filets nerveux.

En voyant les résultats de M. Jobert, on se demande s'il n'a pas compris quelque branche nerveuse dans la ligature. Tout récemment il a été publié une observation d'opération pour une tumeur du cou, dans laquelle le pneumo-gastrique a été coupé. Il s'est manifesté du côté des poumons des accidents analogues à ceux signalés par M. Jobert chez les chevaux qui avaient subi la ligature des carotides.

Dans toutes les expériences, il faut tenir compte des conditions dans lesquelles on opère. Au point de vue expérimental, M. Jobert peut avoir raison ; mais au point de vue clinique, et sur l'homme, il est évident que P. Bérard avait raison.

Cet auteur a cité soixante-dix observations, et sur le nombre on voit que neuf fois il y a eu des accidents de paralysie, d'abolition des facultés cérébrales, et deux cas de mort.

Je pense donc que les expériences de M. Jobert ne peuvent pas être mises en rapport avec les observations cliniques. Les animaux n'ont pas la même conformation que l'homme, et l'on ne peut pas conclure des uns à l'autre.

Dans cette question, l'observation clinique doit être notre seul guide.

M. LABORIE. Je répéterai de nouveau que je n'ai voulu en aucune façon signaler d'omission dans le rapport de M. Giraldès. J'ai cru seulement qu'il serait intéressant de rappeler un fait que je trouve assez important. Ainsi, sur des animaux chez lesquels la ligature des deux carotides détermine la mort, malgré la manifeste insuffisance de la circulation cérébrale après cette opération, les symptômes qui surviennent appartiennent à l'asphyxie, et n'ont pas l'apparence d'accidents cérébraux. L'autopsie montre ensuite que c'est en effet vers les poumons que se trouvent les lésions les plus tranchées.

Quant à la manière dont ont été pratiquées les ligatures, je dois dire qu'elle me paraît à l'abri de tout reproche. J'ai assisté à toutes les opérations ; tous les animaux soumis à l'expérimentation ont été disséqués avec le plus grand soin, et des pièces ont même été conservées. Je puis assurer, autant que cela se peut faire, que dans aucun cas il n'a été intéressé de filets nerveux ni pendant la recherche du vaisseau, ni dans l'anse de la ligature.

M. TRÉLAT. Je déclare que je partage l'opinion de M. Giraldès ; il ne saurait y avoir le moindre doute à cet égard. Je voudrais cependant être renseigné sur un point, à savoir : s'il s'agit d'une seule carotide ou des deux carotides. L'on sait que la ligature des deux vaisseaux est très-grave, ainsi que l'ont prouvé les faits observés par MM. Robert, Maisonneuve, Chassaignac.

M. GIRALDÈS. Il ne s'agit que de la ligature d'une seule carotide.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions du rapport, qui sont adoptées.

En outre, la Société décide que le rapport de M. Giraldès sera imprimé dans les *Bulletins*.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 16 octobre 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. CHASSAIGNAC rappelle la ligature d'une artère carotide qu'il a pratiquée à l'hôpital Lariboisière. Le malade a été présenté à la Société de chirurgie, et la guérison était complète. Il ne s'est présenté aucun nouvel accident depuis. C'est donc un cas de guérison constaté longtemps après l'opération.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Les journaux de la semaine;

2° L'*Art dentaire*, octobre 1861 ;

3° Le *Journal de médecine et de chirurgie*, octobre 1861.

4° Un mémoire imprimé de M. Houzé de l'Aulnoit, professeur à l'école de médecine de Lille, intitulé : *Recherches sur l'encéphalocèle consécutive aux abcès du cerveau.*

COMMUNICATION.

M. GOYRAND (d'Aix) lit un travail sur la **luxation du fibro-cartilage inter-articulaire du poignet, en avant de la surface articulaire carpienne du cubitus, lésion très-commune chez les enfants en bas âge.**

Il n'est pas de chirurgien qui n'ait rencontré cent fois l'accident dont je vais avoir l'honneur de vous entretenir, et cependant la lésion physique qui s'y rapporte est encore inconnue.

On amène chez vous un enfant, âgé d'un an à trois ou quatre ans, chez lequel une chute imminente a été prévenue par une traction brusque exercée sur le poignet. Au moment où il a subi la violence, l'enfant a poussé des cris, et, depuis cet instant, il ne cesse de se plaindre : le membre est pendant, la main en pronation fixe portée un peu en avant. Pour rien au monde l'enfant ne se servirait de la main qui a supporté le tiraillement.

Vous examinez le membre, et vous constatez qu'il n'existe pas de fracture, pas de déplacement des extrémités articulaires des os, vous ne voyez là qu'une entorse ; mais quelle est l'articulation lésée ?

L'enfant effrayé pleure et crie pendant que vous l'examinez ; vous n'êtes pas renseigné par lui sur le siége de la douleur ; et, comme aucune articulation n'est tuméfiée, vous appliquez vos topiques résolutifs tantôt au poignet, tantôt au coude, tantôt au moignon de l'épaule, et quelle que soit l'articulation sur laquelle vous agissez, le résultat sera le même, la guérison en peu de jours ; d'où vous concluez que vous ne vous étiez pas trompé dans votre diagnostic.

M. Bouchut, dans son excellent *Traité des maladies de la première enfance,* a consacré un chapitre à ces prétendues entorses, qui auraient leur siége le plus ordinaire au poignet, affecteraient quelquefois le coude, plus rarement l'épaule, et qu'il a vu confondre avec des luxations ou des fractures (édition de 1855, page 773).

Comment admettre que le groupe de symptômes, si constamment identique, que nous allons étudier dans un instant puisse résulter d'entorses ayant leur siége dans diverses articulations du membre supérieur ?

Comment croire qu'une entorse assez légère pour ne donner lieu à aucune tuméfaction de l'article qui en est le siége, puisse entraîner ainsi l'immobilité de tout le membre ?

Cette lésion qui, bien que très-commune, a passé inaperçue sous les yeux de tant de chirurgiens, a cependant attiré l'attention de quelques-uns à diverses époques et a donné lieu à des théories très-différentes, mais toutes erronées. C'est évidemment un déplacement

ayant son siége dans une articulation du membre supérieur. Duverney et presque tous ceux qui depuis cet auteur ont remarqué qu'il y avait là autre chose qu'une entorse, ont cru que le déplacement avait lieu dans l'articulation huméro-cubito-radiale, tandis qu'il existe dans l'articulation cubito-radiale inférieure, ainsi que je le démontrerai.

J'ai publié sur cette lésion plusieurs travaux : unè première note, en 1837, dans la *Gazette médicale de Paris;* une seconde dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère* (1842). Je voyais alors, dans cette lésion, une luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant ; mais je la reconnaissais tellement incomplète, qu'elle ne donnait lieu à aucune déformation appréciable de l'articulation qui en était le siége.

En 1857, je rencontrai un cas qui me mit enfin sur la voie de la découverte du vrai siége de ce déplacement. Plusieurs faits observés ensuite, soit par moi, soit par deux de mes confrères d'Aix, à qui j'avais fait part de mes vues nouvelles, vinrent confirmer celles-ci, et je publiai en 1858, dans la *Gazette médicale*, un nouveau travail sur ce sujet; enfin, en 1860, j'adressai une lettre à la Société de chirurgie sur cette même lésion ; mais ma lettre fit fausse route.

Pour mettre la Société en mesure de juger mes idées avec connaissance de cause, je commencerai par l'exposé de deux faits qui renferment les éléments d'une description complète, et dans lesquels se trouveront les preuves dont j'étaye ma théorie.

1er FAIT. — *Cas simple observé au moment où l'accident venait de se produire.*

La petite Marie J..., âgée d'un an, commence à faire quelques pas; le 6 juillet 1861, pendant qu'on la fait marcher en la tenant par la main droite, son frère, âgé de sept ou huit ans, se jette étourdiment sur elle. La nourrice, serrant la main, attire brusquement l'enfant à elle, et dans ce mouvement elle perçoit une secousse dans le petit membre ; dès ce moment, cris, immobilité du bras, qui reste appuyé contre le tronc ; main en pronation portée en avant ; pas de déformation soit du coude, soit du poignet ; les mouvements communiqués au coude, la pression sur l'articulation huméro-radiale, n'occasionnent aucune douleur, tandis qu'une pression sur la face dorsale du poignet fait crier l'enfant. J'imprime à la main de légers mouvements dans le sens de la supination ; bientôt je rencontre une résistance, l'enfant crie plus fort, et dès que je laisse aller la main, elle retombe en pronation.

Je fais tenir le bras par la mère, et fixant la main de l'enfant avec

ma main droite, dont j'applique le pouce sur l'extrémité inférieure du radius et l'index sur la tête du cubitus, avec ma main gauche je ramène doucement celle de l'enfant vers la supination, toujours attentif à la sensation qui doit se produire sous mes doigts qui fixent le poignet. Avant que la supination soit complète, mon doigt, appliqué sur l'extrémité inférieure du cubitus, a perçu un petit choc ; dès cet instant la résistance à la supination est surmontée ; c'est que la réduction est faite ; je complète cependant la supination.

Deux minutes après l'enfant prend de la main lésée un bracelet que lui présente sa mère ; les mouvements sont rétablis ; toute gêne, toute douleur ont cessé.

La mère avait cru à une lésion de l'épaule : erreur commune dans ces cas.

Le 27 août (environ cinquante jours après), le même déplacement se produit du même côté, par suite d'une traction brusque qu'on exerce sur la main pour prévenir une chute ; je n'étais pas chez moi en ce moment, et un pharmacien dont l'officine est dans la maison qu'habite la famille de l'enfant, examine le membre, auquel il imprime des mouvements divers, notamment dans le sens de la supination. La petite fille cesse à l'instant de se plaindre, et se sert de son membre. Le pharmacien a fait la réduction sans s'en douter.

Ce fait nous présente réunis tous les caractères de la lésion physique avant qu'aucun phénomène vital se soit manifesté ; mais si la réduction n'est pas faite dans les premières heures qui suivent l'accident, on voit d'autres symptômes s'ajouter à ceux que je viens de signaler. Ces symptômes nouveaux résultent soit d'une inclinaison que subit par l'action tonique des muscles la main privée de l'appui que lui fournit à l'état normal la tête du cubitus, soit de la lésion vitale qui arrive forcément par suite de la distension qu'éprouvent les parties déplacées. Voici un exemple de cette complication :

2e FAIT. — *Déplacement observé deux jours après que l'accident s'est produit.*

La petite Marguerite D..., âgée de trente-cinq mois, est retenue par la main gauche au moment où elle fait un faux pas, et de la traction brusque que subit la main en pronation, résulte la lésion que j'étudie. La famille est à la campagne. Un médecin des environs, M. B....., mon ami, autrefois mon élève, qui connaît mes travaux sur ce sujet, voit l'enfant peu d'instants après, reconnaît la lésion et la réduit, ou croit la réduire. Cependant les symptômes du déplacement n'ont pas disparu.

Le lendemain, le membre est encore immobile et en pronation. On

continue l'usage des résolutifs, et on amène l'enfant à la ville le surlendemain, 4 décembre 1860. Je la vois cinquante heures après l'accident, et, la réduction opérée, je note ce qui suit :

Le membre était immobile, suspendu au cou par un mouchoir ; aucun des symptômes indiqués dans l'observation précédente ne manquait, et je notai de plus « la tuméfaction de la face dorsale du poignet, s'étendant aux parties voisines de l'avant-bras et de la main, la douleur vive occasionnée par la pression sur les parties tuméfiées, surtout au point correspondant à l'interligne articulaire ; une inclinaison légère de la main vers le bord cubital du membre ».

Dans la réduction, le doigt, appliqué sur l'extrémité carpienne du cubitus, perçoit, au moment où la main est ramenée vers la supination, *des craquements très-nets, et tout à fait semblables à la crépitation d'une fracture*. Ces bruits se confondent avec la secousse de la réduction. Avant que la supination soit complète, tous ces bruits ont cessé ; la résistance à la supination est surmontée ; c'est que la réduction est faite.

Compresses résolutives autour du poignet, membre suspendu. Trente-six heures après, il ne restait plus de traces de l'accident.

Cette petite fille avait eu la même lésion au même membre, par la même cause, au mois d'avril 1859 ; mais cette fois la réduction avait été opérée peu d'instants après l'accident, les derniers symptômes notés (*inclinaison de la main dans le sens de l'adduction, crépitation, enflure de la face dorsale du poignet*) n'avaient pas existé, et, après la réduction, le rétablissement des fonctions du membre avait été immédiat.

Description générale de la lésion. — Résumons les deux faits qui précèdent, et nous aurons une description complète.

Etiologie. — C'est chez les enfants en bas âge que cet accident se produit, presque toujours dans une traction brusque et violente exercée sur la main en pronation pour prévenir une chute, pour enlever un enfant auquel on veut faire franchir un ruisseau, ou faire monter un escalier. Je l'ai vu arriver aussi dans d'autres circonstances ; ainsi, la petite A. B... est couchée sur le parquet, sa mère la prend par les deux mains pour l'aider à se relever, et dans cet effort le déplacement se produit dans le membre gauche.

La petite R. A..., âgée de quatre ans, s'était suspendue au cou de sa sœur, âgée de huit ans, en croisant ses mains sur la nuque de celle-ci. La sœur relève brusquement la tête, qu'elle porte en arrière ; de là une secousse qui détermine l'accident dans le poignet gauche.

Une femme ayant lavé les mains de son petit garçon, les séchait

avec une serviette, et dans cette opération, faite sans doute un peu brusquement, au moment où elle essuie la main gauche, elle perçoit dans le petit membre un léger craquement, la luxation existe. On a vu enfin la lésion résulter de tractions exercées sur la main, pour faire passer le petit membre dans une manche étroite. Voilà des causes différentes en apparence, mais toutes les fois que j'ai pu être bien renseigné sur la direction qu'avait la main au moment de l'accident, j'ai reconnu qu'elle était dans une forte pronation.

J'ai vu bien des fois le déplacement se produire à plusieurs reprises chez le même enfant, soit sur le même membre, soit successivement sur l'un et sur l'autre ; ce qui implique une prédisposition individuelle. (Voir les deux observations.)

Symptômes. — Au moment de l'effort, la personne qui tient la main de l'enfant perçoit dans le membre un claquement léger ou une petite secousse; l'enfant pousse des cris, et dès ce moment le membre reste immobile, pendant sur le côté, un peu porté en avant, la main en pronation, mais non en pronation forcée.

Si on cherche à communiquer à la main quelque mouvement dans le sens de la supination, les cris redoublent; bientôt, on rencontre une résistance mécanique à la rotation en dehors, et si on s'arrête devant cette légère résistance, dès qu'on laisse aller la main, elle retombe en pronation. (Signe pathognomonique.)

Si on force la résistance, un petit claquement se fait entendre dans le membre, ou une légère secousse s'y fait sentir. Toute douleur cesse alors, le mouvement se rétablit, et il ne reste aucune trace de l'accident. Cette lésion se distingue donc très-bien d'une entorse du poignet, dans laquelle la supination occasionnerait de la douleur, comme tout autre mouvement, mais pourrait toujours, sans difficulté, être communiquée à la main et n'amènerait aucun changement dans l'état du membre.

Si la réduction n'est pas opérée ou ne se fait pas naturellement, après un ou deux jours, ou même après quelques heures, de nouveaux symptômes s'ajoutent à ceux que je viens de décrire. La main alors s'incline un peu dans le sens de l'adduction, et les mouvements communiqués à cette partie du membre, soit dans un but d'exploration, soit pour faire la réduction, déterminent vers le côté cubital du poignet un bruit de frottement entre surfaces rudes, qui a été pris bien des fois, notamment par Monteggia, par M. le professeur Malgaigne, et tout récemment par M. Fougeu (d'Etampes), pour une crépitation de fracture, erreur d'où les deux premiers ont été bientôt tirés par le rétablissement immédiat du mouvement et la disparition instantanée de tous les symptômes de la lésion.

Enfin, il survient à la face dorsale du poignet et aux parties voisines de l'avant-bras et de la main, une tuméfaction douloureuse, analogue à celle qui accompagne les fractures, les luxations et les entorses.

Tel est le tableau symptomatologique de cette lésion. J'ai dit que si la main était ramenée en supination complète, tout symptôme disparaissait à la suite d'une légère secousse perçue par le chirurgien dans le membre; en d'autres termes, la réduction est alors opérée; voilà donc la thérapeutique indiquée.

Ce déplacement est très-commun chez les enfants d'un an à trois ou quatre ans. Je l'ai observé au moins deux cents fois, dans une pratique de trente années; M. Chabrely, médecin à la Bastide, qui a publié, dans le *Journal de médecine de Bordeaux,* numéro d'octobre 1860, p. 481, une note sur cette lésion, qu'il croit être, ainsi que je l'ai cru et écrit dans un temps, une luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius, dit « qu'il ne se passe pas de mois, il dirait presque de semaine, où il ne soit appelé à remédier à cet accident; » enfin, M. Fougeu (d'Etampes) l'avait observé trente-cinq fois.

Suites et pronostic. — Ce déplacement se fait facilement, et se réduit de même. Si la chirurgie n'intervient pas après un laps de temps dont la durée varie entre quelques heures et quelques jours, les parties reprendront spontanément leurs rapports normaux, et c'est ordinairement pendant le sommeil. J'avais prévu cette réduction spontanée (*Gaz. méd.,* 1837, p. 115), qui depuis a été constatée par MM. Gardner, Perrin, et par moi-même. Il est fort heureux qu'il en soit ainsi; car cette lésion, si fréquente, est ordinairement méconnue, passe pour une entorse, et est traitée comme telle. Si ce déplacement ne se réduisait de lui-même, dans ce cas, il aurait des conséquences que nous observerions fréquemment; or ces lésions consécutives n'existent pas.

Traitement. — La réduction résulte quelquefois de mouvements communiqués à la main dans un but d'exploration. On a vu (2e partie de la Ire obs.) comment de légers mouvements imprimés au poignet par quelqu'un qui n'avait aucune idée de cette lésion, l'avaient réduite. La réduction est toujours et forcément la conséquence d'une supination complète. Ainsi, fixer le membre et porter la main dans la supination, voilà une manœuvre toujours suffisante pour amener la réduction, qui se fait, ai-je dit, avec une secousse légère dans l'extrémité inférieure du cubitus; on comprendra, cependant, que dans les cas où existe l'inclinaison de la main dans le sens de l'adduction, il sera rationnel d'incliner un peu la main vers le bord radial du membre avant de la ramener vers la supination. Au reste, je dois

ajouter que je n'ai jamais rencontré de difficultés dans la réduction.

Que dire des soins consécutifs? Presque toujours inutiles, ils ne sauraient avoir d'autre but que celui de combattre l'irritation qui survient dans le poignet quand la réduction n'est pas faite tout de suite, et consisteront dans le repos du membre, sa suspension au cou, et l'application de quelques compresses résolutives autour du poignet; car je ne crois pas à la reproduction immédiate du déplacement, et je suis convaincu que dans les cas où on a cru la voir, et où l'on a appliqué un appareil contentif pour s'opposer à une reproduction nouvelle, il s'agissait tout simplement d'un insuccès de la première tentative de réduction.

Quel est le siége de la lésion? Quelle en est l'espèce? — Il est parfaitement démontré par les faits que les articulations du coude sont étrangères à cette lésion; l'absence tant de fois constatée de toute tuméfaction, de toute douleur dans cette région, en est une preuve certaine. C'est au poignet qu'est le déplacement, comme le prouve la tuméfaction qui survient à la face dorsale de cet article, quand la réduction n'est pas faite dans les premières heures qui suivent l'accident; on peut indiquer d'une manière plus précise encore le siége de la lésion, c'est au côté cubital du poignet, sous la tête du cubitus, que se font sentir les bruits de crépitation et le claquement dont j'ai parlé. Le doigt, appliqué sur la tête du cubitus pendant qu'on communique à la main de légers mouvements dans le sens do la supination, et pendant qu'on réduit, ne laisse pas de doute sur ce point. Les mouvements de l'articulation radio-carpienne sont cependant conservés, et le seul mouvement qui soit empêché est la supination, mouvement qui se passe entièrement dans les articulations radio-cubitales supérieure et inférieure. J'ai dit qu'il n'y avait rien du côté du coude, c'est donc dans l'articulation cubito-radiale inférieure que la lésion a son siége.

Quelle peut être cette lésion qui résulte d'une forte pronation imprimée au poignet, qui se produit avec un claquement léger ou une petite secousse, qui a pour effet de retenir la main en pronation fixe, qui disparaît à l'instant avec une secousse nouvelle, que le chirurgien perçoit, quand il la cherche, sous l'extrémité inférieure du cubitus, dans un mouvement de supination communiqué, et une fois réduite, permet le rétablissement immédiat de tous les mouvements, et ne laisse pas de trace?

Il y a eu là un changement de rapports entre des surfaces articulaires, cela est évident, mais sans déchirure, sans distension violente des liens articulaires. Uno forte distension, une déchirure de quelque ligament, laisseraient des traces, telles qu'une tuméfaction, une dou-

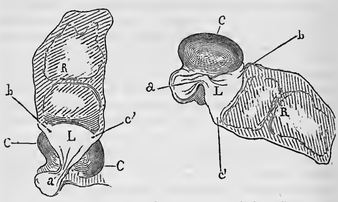
leur, une gêne des mouvements, qui mettraient quelques jours à disparaître.

Ce n'est pas une luxation de l'extrémité inférieure du radius sur la tête du cubitus; si elle était complète, une pareille luxation ne pourrait être méconnue. Pour qu'elle n'entraînât pas une déformation appréciable, il faudrait qu'elle consistât en un changement presque imperceptible dans les rapports normaux des surfaces articulaires; or un pareil déplacement ne saurait avoir la moindre fixité. On pourra s'en convaincre comme moi par quelques études sur le cadavre. D'ailleurs ce déplacement incomplet n'aurait jamais pour effet la pronation fixe de la main, qui est le signe pathognomonique de la lésion que j'étudie.

Quand je reconnus le siége de la secousse qui accompagne la réduction, j'eus tout de suite la pensée que cette lésion était un déplacement du fibro-cartilage inter-articulaire du poignet en avant de l'extrémité carpienne du cubitus, et les dissections auxquelles je me suis ensuite livré ont confirmé cette première idée. En effet, dans la pronation complète, la surface articulaire inférieure de la tête du cubitus dépasse, en arrière, le bord correspondant du fibro-cartilage de plus des trois quarts de l'épaisseur de l'os, ainsi que le montre la figure 2 ci-jointe. Chez l'enfant en bas âge, les liens articulaires sont peu serrés, peu résistants. Supposez — ce qui se présente quelquefois — un cubitus dont le renflement inférieur serait grêle, moindre qu'à l'ordinaire, et vous concevrez que le bord dorsal (*a b*, fig. 2) du fibro-cartilage puisse être porté facilement en avant de la tête du cubitus par la rotation forcée du radius dans le sens de la pronation. Sur un membre disséqué où les muscles sont détruits ou complétement relâchés, le déplacement ne tient pas; mais sur le vivant, l'action musculaire entraînant la main en haut, dès que celle-ci n'est plus retenue par la tête du cubitus, le carpe doit refouler le fibro-cartilage (L, fig. 2) en avant de cette tête osseuse, et maintenir ainsi le déplacement, qui se réduirait de lui-même sans l'action tonique des muscles.

Tout s'explique dans cette lésion par le déplacement du fibro-cartilage. La secousse qui se fait sentir au moment de l'accident et de la réduction résulte du passage brusque du bord dorsal (*a b*) de ce ligament en avant de la tête du cubitus (C), et de son retour également brusque à sa place. Le bord dorsal du fibro-cartilage, ainsi déplacé, forme au-devant de la tête du cubitus un cordon tendu entre la base de l'apophyse styloïde du cubitus et l'angle postérieur inférieur de la petite cavité par laquelle le radius s'articule au poignet avec la tête du cubitus, cordon qui doit forcément tenir le ra-

dius en pronation fixe, comme on le comprendra en jetant un coup d'œil sur cette même figure 2.



Ces deux figures représentent la surface antibrachiale de l'articulation du poignet.

R R radius, C C C cubitus, L L ligament triangulaire, au fibro-cartilage inter-articulaire du poignet; *a*, *b*, *c*, les trois angles du fibro-cartilage.

La figure 1 représente les rapports du ligament triangulaire avec la tête du cubitus, dans la position moyenne entre la pronation et la supination.

Figure 2, rapports des parties dans la pronation complète.

La main privée vers le côté interne de l'articulation de l'appui de la tête du cubitus, qui est portée en arrière du ligament triangulaire (voir fig. 2), est donc entraînée par les muscles, et ne peut céder à leur action sans s'incliner vers le bord cubital du membre. Dans cette inclinaison, la face interne de l'os pyramidal de la première rangée du carpe se trouve rapprochée de l'apophyse styloïde du cubitus, quelquefois jusqu'au contact de ces deux parties, qui, frottant l'une contre l'autre dans les mouvements communiqués à la main, donnent lieu, bien qu'elles soient encore cartilagineuses dans la première enfance, au bruit de crépitation que j'ai noté comme un des symptômes de la lésion, quand celle-ci existe depuis un ou plusieurs jours, quelquefois même depuis quelques heures seulement.

Comment cette lésion, si commune dans la première enfance, ne se rencontre-t-elle pas chez l'adulte? Comment se rendre compte de la singulière prédisposition qui fait que cet accident atteint à plusieurs reprises le même enfant, tandis que d'autres, soumis tout aussi souvent à la violence qui peut le déterminer, n'ont jamais ce déplacement?

Cette luxation ne se produit pas chez l'adulte, parce qu'elle ne pourrait résulter chez lui que d'une violence très-grande, et que la pronation forcée, qui seule pourrait la déterminer, est empêchée par les muscles antagonistes, qui entrent en action dès que la pronation devient douloureuse, tandis que le jeune enfant, surpris par la violence, ne réagit pas.

Quant à la prédisposition si évidente chez certains enfants, elle a forcément une cause anatomique que je crois avoir trouvée. En étudiant au point de vue de cette lésion l'extrémité inférieure du cubitus chez les jeunes enfants, j'ai reconnu qu'il existait des variations très-grandes dans le volume de cette tête osseuse; que ce renflement, qui en général a chez les jeunes enfants un volume relatif considérable, était chez quelques-uns, par exception, bien plus petit; que chez ceux-ci par conséquent la surface articulaire carpienne du cubitus était bien moins large que chez les autres. On conçoit qu'avec cette dernière disposition le bord dorsal du fibro-cartilage dépassera bien plus facilement les limites antérieures de la surface articulaire. Voilà, je crois, ce qui constitue cette incontestable prédisposition.

Les preuves dont j'étaye ma théorie pourront paraître insuffisantes, et je conviens que quelques faits d'anatomie pathologique viendraient fort à propos à l'appui de mes raisonnements; mais ces faits ne se rencontreront jamais, on le comprend; la lésion est sans la moindre gravité, et si elle coïncidait avec une lésion mortelle, celle-ci rendrait l'autre insaisissable, puisque un des symptômes les plus essentiels de la lésion qui fait le sujet de ce travail est lié à la sensibilité du blessé. Or les accidents qui précèdent la mort rendraient impossible la manifestation de la douleur dans le poignet lésé; enfin, immédiatement après la mort, arrive un relâchement complet des muscles, qui laisserait les parties reprendre leurs rapports normaux, comme fait souvent le sommeil. Mais j'établis de la manière la plus incontestable :

Que le déplacement a son siége dans l'articulation cubito-radiale inférieure ;

Que ce déplacement n'est cependant pas une luxation complète ou incomplète des os l'un sur l'autre.

Quel serait-il donc? quel autre déplacement expliquerait aussi bien que celui dont je viens d'exposer la théorie les différents symptômes de la lésion, et notamment la pronation fixe et l'obstacle mécanique à la rotation du radius dans le sens de la supination?

Historique. — On aura peut-être de la peine à comprendre comment une lésion si commune a pu passer sous les yeux des chirurgiens pendant tant de siècles sans être jamais reconnue. Eh! messieurs, les faits de ce genre sont-ils donc si rares dans l'histoire de

notre art? Connaissait-on bien, dans le premier quart de notre siècle, la fracture de l'extrémité inférieure du radius, qui est cependant, sans contredit, plus fréquente qu'aucune autre fracture? Une circonstance qui a empêché que le déplacement dont je m'occupe aujourd'hui ne fût reconnu, c'est l'absence de toute déformation dans le squelette de l'articulation qui en est le siége. Le chirurgien, constatant la conservation des rapports normaux des os entre eux au poignet et au coude, ne voyait là qu'une entorse d'une de ces articulations, et la lésion traitée d'après ces données guérissait en quelques jours. Dès lors, le praticien ne doutait pas de la justesse de son diagnostic.

Mais si l'espèce de la lésion et son siége précis échappaient aux chirurgiens, il n'en fut pas toujours ainsi du fait clinique; quelques chirurgiens remarquant la fixité dans la pronation, le bruit de claquement ou la secousse brusque qui se fait sentir dans certains mouvements communiqués au membre, et le rétablissement immédiat de tous les mouvements après que cette secousse s'était produite, virent là un déplacement osseux; mais quel en était le siége? Le poignet n'étant recouvert à sa face dorsale que par la peau et quelques tendons secs, il était facile de s'assurer que les différentes pièces du squelette y conservaient leurs rapports normaux; mais au coude l'illusion était plus facile, à cause de l'épaisseur des parties molles qui recouvrent l'articulation, surtout en avant, et c'est dans l'articulation du radius avec la petite tête de l'humérus, que Duverney crut reconnaître le siége du déplacement; et comme la tête du radius ne faisait saillie en aucun sens, il crut que le déplacement se faisait en bas, dans le sens de l'axe de l'os, par *élongation*, comme il disait. Du reste, il parla de la fréquence de cette lésion chez l'enfant, connut bien la cause qui la détermine à cet âge, en donna une symptomatologie fort exacte, signala la pronation et l'impossibilité de ramener le membre en supination, comme le signe caractéristique de la lésion, qu'il réduisit par un procédé dans lequel entrait la supination complète.

Cette description laisserait peu à désirer, si l'auteur s'en fût tenu là; mais Duverney crut que ce déplacement pouvait se produire aussi chez l'adulte; seulement il admit qu'à cet âge il avait lieu ordinairement par suite d'un choc direct sur le coude, et donna à l'appui de ses vues trois faits recueillis chez des adultes, qui n'ont évidemment aucun rapport avec ceux qui servent de base au travail que je publie aujourd'hui.

Malgré la description de Duverney, si lucide et si vraie en ce qui a trait à la lésion chez l'enfant, le déplacement passa encore inaperçu

sous les yeux de la plupart des chirurgiens ; cependant trente-six ans après la publication du *Traité des maladies des os* de Duverney, en 1787, Bouley, chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu, soutint devant les Écoles de chirurgie de Paris, sous la présidence de Bollentius-Langlois, qui en était peut-être l'auteur, — c'est l'opinion de M. le professeur Malgaigne, — une thèse latine sur ce sujet, dans laquelle la lésion en question, que l'auteur croyait être une luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant ou en dehors, fut encore décrite de la manière la plus exacte. L'auteur la présentait comme une lésion particulière à l'enfance. Il avait intitulé sa thèse : *De radii superioris extremitatis dimotione, in infantibus frequentiori*.

Au commencement de notre siècle, la lésion fut bien décrite encore par Monteggia, qui vit là une luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant, et par Martin, de Lyon (1809), qui y vit une luxation du même os en arrière. Monteggia et Martin avaient évidemment observé cette lésion. L'auteur italien fut même le premier à signaler le bruit analogue à la crépitation des fractures qui se fait entendre dans certains cas de ce déplacement.

Boyer ne reconnut pas dans sa pratique le déplacement que j'étudie ; il décrivit une luxation de l'extrémité supérieure du radius, plus fréquente chez les enfants que chez les adultes, luxation qui suivant lui ne pouvait se faire qu'en arrière, et appliqua à ce déplacement la symptomatologie que Duverney avait attribuée à la luxation par élongation; seulement il ajouta au tableau tracé par Duverney la saillie de l'extrémité supérieure du radius derrière la petite tête de l'humérus qui devrait s'y trouver en effet, si la théorie de Boyer et de Martin était vraie. Supprimez ce symptôme des descriptions de ces deux auteurs, et vous aurez la description de Duverney, c'est-à-dire le tableau fidèle de la lésion que je viens de décrire.

Après Boyer, dont les doctrines furent publiées par Richerand, d'abord en l'an XII (1803), puis par l'auteur lui-même en 1822 (t. IV du *Traité des maladies chirurgicales*), on a admis, toujours d'après des vues théoriques, que le radius pouvait se luxer en arrière ou en avant, et si la pronation caractérisait la luxation dans le premier sens, le caractère essentiel de la luxation en avant devait être la supination fixe. Cette symptomatologie se trouve dans Richerand, dont la *Nosographie chirurgicale* fut pendant vingt ans en France le *vade-mecum* des chirurgiens. Enfin, Sanson, qui écrivit en 1834 l'article Luxation du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, reproduisit sans la moindre modification les doctrines de Boyer, nia avec lui la possibilité de la luxation en avant, et donna une description de la luxation en arrière, qui ressemble bien plus à la lésion que

j'étudie en ce moment qu'à la luxation du radius. Ainsi depuis Monteggia aucun des auteurs qui ont écrit sur les luxations, si ce n'est Martin, de Lyon, n'avait décrit *de visu* l'accident si bien observé par Duverney, Bouley ou Bollentius Langlois et par l'auteur milanais, et le déplacement, méconnu par ceux qui le rencontraient, était pris pour une entorse et traité en conséquence.

Tel était l'état de la question il y a vingt-cinq ans. Cependant, alors même qu'un fait pratique est oublié par la plupart des hommes, si ce fait a été à une époque bien observé, la tradition doit en transmettre la connaissance à quelques privilégiés. La lésion dont les symptômes avaient été si exactement décrits par Duverney au milieu du siècle passé, dut être observée et réduite du temps de cet auteur par certains chirurgiens, qui ne purent faire autrement que de transmettre la connaissance du fait pratique à ceux qui vinrent après eux.

Je suppose que c'est là l'origine de la notion du fait que je trouvai chez les chirurgiens qui m'avaient précédé à Aix.

A l'école de mes devanciers j'appris à connaître et à traiter cet accident, si commun dans la première enfance; je transmis à mon tour cette connaissance à ceux qui vinrent après moi. Mes devanciers voyaient dans cette lésion une luxation de l'extrémité supérieure du radius. Ils ne connaissaient ni le *Traité des maladies des os* de Duverney, ni les *Institutions chirurgicales* de Monteggia, ni la thèse de Bouley ou de Bollentius; mais ils avaient lu Richerand, Boyer, et le mémoire de Martin (*Journal général de médecine*, 1809, t. XXXIV, p. 353), et avaient admis avec les deux derniers le déplacement en arrière.

Quant à moi, ayant peut-être subi l'influence des doctrines d'A. Cooper, qui considérait la luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant comme bien plus fréquente que celle en arrière, je crus à une luxation en avant; mais je la reconnaissais *si incomplète, si peu étendue, qu'elle ne déformait pas le squelette du coude.*

Mon premier travail appela l'attention de quelques chirurgiens sur ce point; mais ma théorie n'était pas acceptable. Aussi quelques-uns de ceux qui comme moi observèrent la lésion firent-ils des théories nouvelles. M. J. Gardner crut qu'une rotation exagérée du radius dans le sens de la pronation portait la tubérosité bicipitale en arrière du bord externe du cubitus, où elle restait accrochée. Cette théorie fut de nouveau imaginée par M. Rendu en 1841, et reproduite plus récemment (1855) par mon collègue et ami M. Bourguet, qui l'avait un peu modifiée et la soutint avec conviction.

M. Perrin (de la Sarthe) vit là, comme Duverney, une luxation de

l'extrémité supérieure du radius en bas ; seulement il crut que la tête du radius se luxait sous le rebord saillant de la cavité sigmoïde du cubitus, qui la retenait à sa place nouvelle, et appela ce déplacement *luxation intra-capsulaire sous-sigmoïdienne.*

Ces deux dernières théories ne valaient pas mieux que la mienne et que celles des auteurs qui nous avaient précédés, et ce sont ces théories mal fondées qui ont été cause que la lésion, dont les symptômes ont été si bien décrits par quelques-uns, a été méconnue par presque tous les autres.

Les chirurgiens qui ont écrit des livres didactiques, depuis que la question a été remise à l'étude, n'ont pas connu le fait clinique, et ont parlé de la lésion par moi décrite de manières très-diverses.

M. le professeur Nélaton s'est borné à donner une courte analyse de la note que j'avais publiée en 1837, et a émis des doutes sur la réalité de ma luxation incomplète du radius en avant (1847).

M. Malgaigne a adopté ma première théorie ; mais il a fondu ensemble la symptomatologie de la lésion en question et celle de la vraie luxation du radius en avant, dont il rapporte un cas observé par lui chez un vieillard et suivie d'autopsie, et a fait une description qui, à vrai dire, ne représente ni l'une ni l'autre des deux lésions. (*Traité des fractures et des luxations*, t. II, p. 646.)

Vidal décrivit la lésion d'après mes premiers travaux, et accepta, sans critique, la théorie que j'avais adoptée dans ces écrits. (Voir les trois dernières éditions publiées par l'auteur) [1].

On en était là quand le hasard me fit découvrir ce que je ne cherchais pas. Un petit enfant atteint de cette lésion fut amené chez moi, et, dans la réduction, mes doigts se trouvant appliqués sans intention sur la face dorsale du poignet, je reconnus, à ne pouvoir m'y tromper, que la secousse de la réduction s'était passée dans le poignet. La sensation avait été si nette, le fait était si évidemment identique avec ceux du même genre que j'observais depuis bientôt trente ans, que je fus certain dès ce moment que le déplacement avait son siége dans le poignet et non dans le coude, comme je l'avais cru jusqu'alors ; de là les études qui m'ont conduit à la théorie que je viens d'exposer.

Enfin, peu de jours avant sa mort, notre regrettable confrère le docteur Fougeu, d'Etampes, avait adressé à la *Gazette des Hôpitaux*

(1) M. Fano, n'étant pas apparemment en mesure de trancher la question, a tourné la difficulté en biffant d'un trait de plume le paragraphe du livre de Vidal relatif à cette lésion (5e édition, publiée par le docteur Fano, 1861).

un travail sur le même sujet sous ce titre : *Lésion de continuité de l'extrémité inférieure du radius chez les enfants d'un an à trois ans,* travail qui a été inséré après la mort de l'auteur dans le numéro du 25 juillet dernier de la *Gazette des Hôpitaux.*

Dans ce mémoire, l'auteur donne une description fort exacte de la lésion ; je garantirais que cette description est faite uniquement d'après les faits observés par l'auteur. C'est par une traction sur le poignet, combinée avec une forte torsion dans le sens de la pronation, que la lésion est déterminée. Fougeu note un bruit de *craquement* que perçoit au moment de l'accident la personne qui tient l'enfant par la main, l'immobilité du membre lésé, la pronation fixe, la douleur déterminée par le moindre mouvement imprimé au membre dans le sens de la supination, la crépitation qui se fait souvent sentir dans les tentatives de supination ; la réduction qui a lieu, si on persiste dans cette manœuvre, réduction qui se fait avec un petit bruit analogue à celui qu'on perçoit quand deux surfaces osseuses luxées sont ramenées tout à coup à leurs rapports naturels ; le rétablissement des mouvements de pronation et de supination, et de toutes les fonctions du membre immédiatement après la réduction ainsi opérée.

Enfin, Fougeu a cru trouver le siége précis de la douleur juste au point d'union de l'épiphyse inférieure du radius avec la diaphyse. C'est sa théorie, que je ferai bientôt connaître, qui a fait trouver à Fougeu la douleur dans ce dernier point, et qui a été cause qu'il a nommé *craquement* le bruit qui se fait sentir dans le petit membre au moment de l'accident. La douleur a son siége à la face dorsale du poignet, surtout vers le côté cubital, et le bruit que perçoit, quand le déplacement se fait, la personne qui tient la main de l'enfant, n'est point un *craquement,* mais bien un *claquement,* un choc, une secousse qui ne diffère en rien de la sensation qu'éprouve le chirurgien au moment de la réduction, sensation que Fougeu a très-bien caractérisée.

Quant à la théorie du chirurgien d'Etampes, la voici :

L'auteur reconnaît que la facilité de la réduction, sa persistance, le rétablissement immédiat des fonctions du membre, le claquement qui annonce le rétablissement des rapports normaux, sembleraient indiquer qu'il s'agit ici d'une luxation ; mais, d'un autre côté, les mouvements du poignet et du coude sont conservés. La douleur a, dit-il, son siége précis au point d'union de la diaphyse du radius avec son épiphyse inférieure, et c'est dans ce dernier point que l'auteur voit la lésion physique, qui est, suivant lui, un arrachement de l'épiphyse entraînant avec elle une lamelle de tissu osseux, comme il

arrive quand sur les cadavres des enfants de cet âge on détache violemment cette épiphyse.

La solution de continuité opérée, la continuation de la torsion qui l'a produite amène un déplacement suivant la circonférence de l'os. Les fragments, encore unis par quelques fibres du périoste, se correspondent par des surfaces larges et planes, qui conservent en grande partie leurs rapports; dès lors pas de chevauchement, pas de raccourcissement, pas de déformation. Par l'état grenu des surfaces s'explique la crépitation. La persistance de la réduction est expliquée par l'engrenage des aspérités. Fougeu a vu deux fois, après une réduction facile, le déplacement se reproduire immédiatement; dans les deux cas, la crépitation était des plus franches. Des attelles de carton, fixées par une bande sur les deux tiers inférieurs de l'avant-bras, ont suffi pour maintenir les parties, et le lendemain le membre avait recouvré sa solidité et tous ses mouvements. Dans ces deux cas, il existait probablement, dit-il, une certaine obliquité des surfaces qui permettait le glissement des fragments l'un sur l'autre. Enfin, le rapprochement subit opéré par l'action musculaire des surfaces tenues écartées par les petites saillies osseuses n'explique-t-il pas le bruit perçu au moment de la réduction ?

Fougeu insiste sur la facilité de la réduction, qu'on peut opérer même sans découvrir le membre.

Est-il nécessaire de discuter une pareille théorie? Comment le déplacement des fragments suivant la circonférence, cause, suivant l'auteur, de la pronation fixe, serait-il toujours contenu dans de si étroites limites qu'il n'en résultât jamais aucune déformation de l'extrémité inférieure du radius? Qui pourra admettre que la lésion à laquelle croit Fougeu, une fois la réduction opérée, ne laisserait aucune trace de son existence, pas la moindre douleur, la moindre gêne des mouvements du membre? A-t-on jamais vu une fracture guérir de cette manière ?

Le déplacement dont je viens d'avoir l'honneur de vous entretenir, Messieurs, n'avait pas été soupçonné avant moi. Ma découverte, si c'en est une, n'est certes pas d'une grande importance, car la lésion que je décris n'a pas de fâcheuse conséquence quand elle est méconnue; cependant, si j'ai vu clair dans cette affaire, en introduisant dans le cadre de la nosographie chirurgicale la nouvelle luxation, j'aurai débarrassé la description de la luxation de l'extrémité supérieure du radius de plusieurs symptômes qui n'appartiennent pas à ce déplacement; j'aurai indiqué le moyen de guérir à l'instant une lésion qui, sans être grave, fait souffrir pendant quelques jours, quand elle est méconnue, les pauvres enfants qui en sont atteints; j'aurai enfin

épargné à d'honorables confrères le désagrément de voir leur diagnostic et leur thérapeutique réformés avec avantage par des rebouteurs ; car ces empiriques, qui se rencontrent en assez grand nombre dans les campagnes de nos départements méridionaux, voient des déplacements d'os, de nerfs ou d'aiguillettes, ainsi qu'ils le disent, dans toute gêne des mouvements qui est la suite d'une violence extérieure. Or, comme leur pratique consiste à imprimer à la partie lésée des mouvements brusques en sens inverse de l'attitude que tend à prendre le membre blessé, la supination est dans ce cas le premier mouvement qu'ils communiquent au membre, et comme la supination guérit toujours ce déplacement, ces charlatans, sans savoir ce qu'ils font, guérissent en un tour de main la lésion qui avec les soins de la médecine rationnelle aurait mis plusieurs jours à disparaître : j'ai vu plus d'un fait de ce genre.

DISCUSSION.

M. VELPEAU ne s'explique pas que l'on ait pu si facilement confondre les lésions décrites par M. Goyrand avec une luxation de l'extrémité supérieure du radius, ou toute autre lésion du coude. Dans ces circonstances, en effet, le siége de la douleur, le gonflement, la déformation, sont dans des régions tout à fait opposées, et en examinant avec soin le membre il n'est pas possible de commettre de pareilles confusions. Aussi M. Velpeau est porté à penser que dans les faits de Duverney, et d'autres rappelés par M. Goyrand, le siége de la lésion était bien au niveau du coude. Les observations analysées et étudiées par M. Goyrand se rapporteraient à des altérations différentes de celles décrites par ces auteurs.

M. VERNEUIL. M. Goyrand a omis de citer M. Chassaignac. Notre collègue a publié, il y a six ans, dans les *Archives de médecine,* un travail sur ces accidents si fréquents chez les enfants. Or, abstraction faite de la théorie de M. Goyrand, on retrouve dans le mémoire de M. Chassaignac la description clinique très-exacte des symptômes que l'on observe dans ces circonstances : impuissance du membre, douleur dans les mouvements, cris des enfants quand on cherche à examiner le membre, etc. M. Chassaignac a étudié avec soin les diverses articulations, les os, et n'a rien trouvé pour expliquer ces douleurs si vives et si instantanées. Depuis que j'ai lu le travail de M. Chassaignac, j'ai rencontré trois ou quatre cas semblables, et je n'ai pas pu trouver la moindre lésion pour expliquer ces phénomènes. J'ai pris l'avant-bras, j'ai imprimé des mouvements de pronation et de supination au poignet, et je n'ai trouvé aucune

trace de luxation ou de fracture. Peut-être ces faits s'expliqueraient-ils en admettant ce que vient de nous dire M. Goyrand, à savoir : que ces luxations disparaissent aussitôt qu'on imprime au poignet des mouvements de supination ; mais je puis affirmer que je n'ai jamais senti le moindre craquement qui pût m'indiquer qu'une luxation venait de se réduire. Toujours est-il que la douleur persistait pendant quatre ou cinq jours, puis disparaissait complétement. On peut dans ces circonstances soutenir simplement le membre avec une écharpe ; mais comme les parents ne pensent pas que le repos suffise pour amener la guérison, on peut appliquer un appareil légèrement compressif, et prescrire l'usage de quelque topique résolutif soit en frictions, soit en lavages. J'ajouterai encore que, malgré les manœuvres auxquelles je me livrais, la douleur persistait pendant plusieurs jours.

M. GOYRAND répond à M. Verneuil que la douleur disparaît aussitôt que la luxation est réduite. Quant aux erreurs de diagnostic qui ont été commises, elles s'expliquent par la difficulté d'obtenir des enfants des renseignements précis sur le siége de leur mal. Il n'y a pas de gonflement du poignet, et cette absence de tuméfaction explique assez bien pourquoi on était disposé à reporter au coude le siége de la douleur. La description donnée par Duverney (symptômes et étiologie) est identique avec celle qu'il vient de présenter. Il est lui-même tombé dans ces erreurs avant qu'il fût arrivé à mieux connaître cette lésion, et il n'hésite pas à rapprocher les faits de Duverney de ceux qu'il a pu observer. Quant au mémoire de M. Chassaignac, il regrette de ne pas l'avoir connu, car il eût été heureux de le citer dans son travail.

M. MARJOLIN. Il y a une telle divergence entre les faits rappelés par M. Goyrand et ceux qu'il a rapportés dans son travail, que je pense, pour ma part, qu'il s'agit bien de lésions différentes par leur siége, sinon par leur étiologie. J'ai rencontré une soixantaine de cas semblables à ceux cités par M. Goyrand, et toujours j'ai recherché avec soin le siége de l'altération, et partant de la douleur. Dans tous ces cas j'ai trouvé quelquefois une légère déformation du coude, toujours de la douleur dans les mouvements de cette articulation, et surtout en avant et en dehors, quand on portait le doigt sur ce point, au niveau de l'extrémité supérieure du radius. Aussi je reste fidèle à la première théorie de M. Goyrand, et je crois que dans ces cas il s'agit d'une subluxation en avant de l'extrémité supérieure du radius. Je ne m'inscris pas d'une manière absolue contre l'interprétation nouvelle de M. Goyrand ; l'attention une fois éveillée de ce côté, nous étudierons les faits qui pourront se présenter à notre observation ;

mais il me semble que l'on peut aisément se rendre compte de ce craquement dont parle M. Goyrand et qui se passerait au niveau de l'articulation cubito-carpienne, et qu'on peut penser qu'il se passe dans le coude, que le frémissement est propagé le long du radius, et que la sensation est perçue en bas. Cette subluxation se réduit facilement, et, la réduction faite, toute douleur cesse.

M. GOYRAND insiste sur le gonflement qui existe au poignet, pour peu que l'accident date de trente à trente-six heures. Il a longtemps cru, comme M. Marjolin, que la lésion siégeait dans le coude; mais maintenant il est tout à fait convaincu de ce qu'il a avancé dans son mémoire, et il ne doute pas que M. Marjolin ne se range bientôt à son opinion.

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai pas été et je ne veux pas être aussi affirmatif. Je vois déjà, pour expliquer des phénomènes, des symptômes assez fréquents chez les enfants, les affirmations les plus contradictoires. M. Marjolin pense, avec beaucoup d'autres chirurgiens, que la lésion a son siége dans le coude; M. Goyrand, dans l'articulation du poignet. Or, quand il s'agit de luxations bien franches, d'une part la réduction n'est pas généralement, et surtout dans tous les cas, aussi spontanée, et donne lieu à des symptômes plus appréciables; d'autre part elle laisse des traces plus ou moins visibles, au moins pendant plusieurs jours. M. Goyrand a même ajouté que les enfants qu'il n'avait pas traités avaient guéri spontanément après quatre ou cinq jours : ceci m'éloignerait encore de l'idée d'une luxation. Pour moi, je n'ai jamais vu dans ces lésions si instantanées, si subites et disparaissant toujours après quelques jours de repos, je n'ai jamais vu qu'un trouble de l'innervation du membre, ce que j'appelle une *torpeur douloureuse*. Quand un enfant se présente avec ces signes si caractéristiques, bien décrits du reste par M. Goyrand, son bras est comme engourdi, et il faut le pincer assez fortement pour déterminer de la douleur. Dans les cas que j'ai observés, après avoir étudié tout le membre avec le plus grand soin, je n'ai pas trouvé de lésion; mais je ne veux pas juger pour le moment les faits de M. Goyrand, j'aurai soin d'étudier à ce point de vue ceux qui seront soumis à mon observation.

M. GUERSANT. On discute, et l'on est loin de s'entendre. Je pense qu'il peut se présenter trois variétés de lésions bien différentes les unes des autres. Dans certains cas, il y a de simples tiraillements; quelquefois il peut se présenter un déplacement à l'extrémité inférieure du cubitus; ou bien, enfin, on peut observer un déplacement en avant de l'extrémité supérieure du radius. J'ai rencontré ces di-

verses variétés d'accidents : toutes donnent lieu à un certain nombre de symptômes identiques, mais aussi chacune d'elles a des signes qui lui appartiennent en propre. Resterait à déterminer maintenant la fréquenco relative de ces diverses lésions, et c'est ce qui, je crois, n'a pas été fait jusqu'à présent. En attendant, l'on discute, et si l'on veut être exclusif, on ne s'entendra jamais.

M. GIRALDÈS. M. Goyrand vient nous lire un mémoire établi sur des faits qu'il a vus et étudiés, et nous n'avons pas les éléments nécessaires pour établir un débat contradictoire. Il y a là un point à examiner. J'avoue que jusqu'à présent mon attention n'a pas été éveillée par des symptômes existant du côté du poignet. Mais si je fais appel à mes connaissances anatomiques, à la disposition et aux connexions du ligament triangulaire, à ses rapports intimes avec la synoviale, j'avoue que je ne comprends pas les luxations de ce cartilage sans lésions de la séreuse articulaire ; et dans ce dernier cas, on devrait observer des phénomènes consécutifs à la réduction, si facile qu'elle soit.

M. VELPEAU pense qu'il peut, dans les cas semblables à ceux si bien décrits par M. Goyrand, exister des lésions complexes.— M. Goyrand, dit-il, est un observateur trop habile pour n'avoir pas bien vu ou cru bien voir ce qu'il nous a décrit; mais M. Marjolin, Duverney et les autres auteurs n'ont pas pu se tromper aussi complétement quo le pense M. Goyrand.

M. Chassaignac a, de son côté, apporté le plus grand soin dans l'examen détaillé du membre des jeunes blessés qu'il a pu observer, et il n'a rencontré aucune lésion appréciable. J'ajouterai que, *à priori*, je ne comprends pas plus que M. Giraldès ces luxations du cartilage inter-articulaire sans déchirure de la capsule, sans phénomènes consécutifs. Je demanderai enfin à M. Goyrand, puisqu'il a fait des expériences sur le cadavre, s'il a pu artificiellement reproduire ces luxations ou subluxations sur lesquelles il a appelé notre attention.

M. GOYRAND répond qu'il a pu produire ces luxations, mais elles ne se maintiennent pas, à moins que la main ne soit retenue en haut et en supination forcée. Il est convaincu qu'il n'y a aucune déchirure de la capsule, vu l'absence complète de phénomènes consécutifs quand la luxation est réduite immédiatement : peut-être faudrait-il invoquer, pour expliquer cette immunité de la séreuse articulaire, et l'étroitesse de l'extrémité inférieure du cubitus et la laxité de la capsule. Enfin M. Goyrand termine en appelant toute l'attention des chirurgiens sur ces faits, et il reste convaincu que les observations futures lui donneront raison.

— La Société décide que le mémoire de M. Goyrand sera imprimé dans nos *Bulletins*.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. CHASSAIGNAC présente un malade sur lequel il a pratiqué l'*amputation de la verge* à l'aide de l'écraseur. Six mois après, il y avait des signes de rétrécissement : il a suffi d'avoir recours pendant quelques jours à l'emploi de bougies et de sondes de plus en plus grosses pour triompher de ce rétrécissement, qui ne s'est pas reproduit depuis.

De plus, ce malade a subi une *amputation du poignet*. Les amputations dans l'article ont sans doute l'avantage de laisser une plus grande portion du membre, mais la présence des extrémités styloïdiennes du cubitus et du radius rend parfois, pour ne pas dire toujours, plus pénible l'application des appareils prothétiques. — Ici le moignon est fort beau, mais le malade a besoin de le recouvrir d'une calotte bien matelassée, pour éviter la douleur de la pression de l'appareil sur les extrémités osseuses. — Pareil inconvénient n'existe pas quand l'amputation est faite dans la continuité.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 23 octobre 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. MARJOLIN, à l'occasion du procès-verbal, communique un fait nouveau à l'appui de ce qu'il a dit dans la dernière séance. Ce fait date d'avant-hier.

Un enfant a été apporté à l'hôpital à la suite d'un accident qui venait de lui arriver. Cet accident s'était produit dans les circonstances indiquées par M. Goyrand, au moment où sa mère le soulevait par le bras pour lui faire franchir un rebord de trottoir. L'interne de garde, à qui M. Marjolin avait fait les recommandations les plus complètes et les plus détaillées, a examiné avec le plus grand soin le membre blessé. Il n'y avait rien à l'épaule et au poignet. Au coude existait un point très-douloureux, et à ce niveau, en dehors et en avant de l'article, on sentait une légère saillie correspondant à la tête du ra-

dius. Il a suffi de porter le bras en supination et d'appuyer sur la tête du radius, et tout a disparu.

En consultant mes notes, continue M. Marjolin, je trouve que je n'ai rencontré qu'une fois quelques symptômes du côté du poignet; encore est-ce la mère qui m'a affirmé qu'elle avait senti un craquement dans le poignet de son enfant.

J'insiste donc sur ce point : dans tous les cas que j'ai observés jusqu'ici, ni le poignet ni l'épaule n'étaient le siége de la douleur, et pourtant j'ai rencontré parmi ces jeunes blessés des enfants de quatre ans, et chez ces derniers on peut obtenir des renseignements précis sur le siége de la douleur.

M. CHASSAIGNAC. Il y avait dans la communication de M. Goyrand un point que je tenais à vérifier : c'est le craquement que l'on sentirait quand on imprime au membre malade des mouvements de supination, et la disparition immédiate de tout accident. Or on m'a apporté cette semaine un enfant qui éprouvait des phénomènes si caractéristiques et sur lesquels il n'est pas besoin de revenir aujourd'hui. J'ai essayé immédiatement les mouvements de supination, je n'ai pas perçu le moindre craquement, et la douleur a persisté. Je n'ai trouvé aucune lésion appréciable dans aucun point du membre blessé.

M. DEGUISE cite un fait en tous points semblable à celui de M. Chassaignac; il a aussi essayé les mouvements de supination, il n'a pas senti le moindre craquement; la douleur a persisté, et il n'a trouvé rien d'anormal dans le reste du membre. C'était un tout jeune enfant de sept à huit mois, et l'accident était survenu au moment où on voulait le soulever de son berceau.

— M. MIRAULT (d'Angers), membre correspondant, assiste à la séance.

Mort de M. Scrive. — M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Scrive.

Depuis la dernière séance, dit M. Laborie, la Société a eu la douleur de perdre un de ses membres correspondants nationaux. M. Scrive a succombé samedi dernier aux suites d'une maladie dont il avait subi les premières atteintes lors de la guerre de Crimée. Une grave dyssenterie, qu'il avait contractée à cette époque, n'a jamais été complétement guérie; des accidents cérébraux sont survenus dans ces derniers temps, et ont rapidement amené la mort.

Prévenu seulement lundi, et grâce à l'obligeance de M. Larrey, je n'ai pu convoquer le bureau et les membres de la Société; mais je

me suis fait un devoir de représenter la Société de chirurgie aux obsèques qui ont eu lieu lundi matin.

Trois discours ont été prononcés : le premier au nom du corps de santé de l'armée par M. Larrey.

Dans une rapide et intéressante analyse, notre honorable collègue a retracé la vie si brillante et malheureusement si courte de M. Scrive, qui, à peine âgé de quarante-six ans, était arrivé à une des positions les plus élevées de la chirurgie militaire. Il a rappelé les grands services rendus par notre regretté collègue pendant la guerre de Crimée, lorsqu'il était médecin en chef de l'armée d'Orient. On aura une idée de l'importance de ces services, quand on saura que sur 300,000 soldats qui ont pris part à cette grande guerre, plus de 100,000 ont dû recevoir les soins des médecins et chirurgiens.

Après ce discours, M. le général Lebrun, parlant au nom de l'armée, a chaleureusement approuvé les éloges donnés à la mémoire de M. Scrive par M. Larrey.

Nous avons été heureux d'entendre une parole si autorisée apprécier avec une si parfaite conviction l'importance de la médecine militaire. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire devant vous ce remarquable discours.

J'ai dû ensuite, au nom de la Société de chirurgie de Paris, que j'avais l'honneur de représenter, adresser quelques paroles d'adieu à notre éminent collègue.

M. Laborie donne lecture du discours suivant, qu'il a prononcé après celui du général Lebrun :

Messieurs,

Après les discours prononcés sur la tombe de M. Scrive, il ne reste rien à dire sur cette existence si cruellement interrompue. Aussi renoncerais-je à prendre la parole si je n'avais un devoir à remplir comme *président de la Société de chirurgie de Paris*. C'est au nom de cette Société que je viens adresser quelques mots d'adieu à notre savant et regretté collègue.

M. Scrive avait été nommé membre correspondant de la Société en 1859. Dès 1852, il avait adressé de nombreux et intéressants mémoires inédits pour appuyer sa candidature, indiquant ainsi le prix qu'il attachait à une nomination qui l'associait à un groupe de travailleurs consciencieux et désintéressés. Réunissant au suprême degré les conditions de savoir et d'honorabilité scientifique, il fut accueilli avec bonheur par la Société, qui s'honorait de le compter parmi ses membres correspondants nationaux.

Je citerai parmi les travaux de notre collègue, travaux qui nous ont été spécialement destinés :

Des observations sur les plaies par armes à feu ;

Une observation de plaie de l'artère interosseuse ;

Un fait de luxation du poignet en arrière ;

Deux observations de corps étrangers articulaires, etc.

M. Scrive, placé dans une haute position qui absorbait tous ses instants, ne pouvait malheureusement pas prendre une part active à nos travaux ; mais, la Société comptait sur lui, et espérait le voir s'asseoir auprès de ses honorés et savants collègues, MM. Larrey et Legouest, deux de nos plus assidus confrères, se tenant comme eux dans les premiers rangs de cette vaillante médecine militaire que nous admirons tous pour son savoir et son dévouement. Nous comptions sur la coopération d'un collègue qui pouvait un jour prendre part à nos discussions en y apportant les résultats d'une grande expérience acquise dans des conditions tout exceptionnelles.

M. Scrive, placé à la tête du service de santé de notre glorieuse armée, lors de cette grande guerre d'Orient si meurtrière, a pu montrer ce que pouvait la science s'alliant à toutes les qualités de l'homme dévoué et courageux ; et si amis comme ennemis se sont émerveillés de la magnifique organisation du service de santé, nous avions, nous, en outre des applaudissements donnés à notre collègue, conçu l'espoir de l'entendre nous livrer sur cette grande épopée les immenses matériaux scientifiques qu'il avait recueillis ; mais, vain espoir ! la mort vint interrompre une existence qui, après avoir déjà tant donné, promettait tant encore !

Devant cette tombe si brillamment entourée, nous n'avons plus que des paroles de regret et de douleur ; notre seule consolation est de penser qu'une vie si honorable, si constamment vouée au bien, doit trouver dans un monde meilleur une récompense méritée.

Au nom de la Société de chirurgie de Paris, adieu, cher et honoré collègue.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, les ouvrages suivants :

1° *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, t. V, n° 1, in-8° ;

2° *Bulletin médical du nord de la France*, in-8° (1861) ;

3° *Mémoires de la Société de médecine, de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier*, années 1858 et 1859, in-4°. (Par suite d'une

erreur de la librairie, cet envoi a subi un retard de plus d'une année.)

— M. Debout dépose sur le bureau les brochures suivantes de la part de l'auteur, M. le docteur Mazade, d'Anduze :

1° *Observations d'affections périodiques*, Alais, 1845;

2° *Des frictions mercurielles à haute dose dans le traitement de la méningite aiguë*, Alais, 1845;

3° *Des frictions mercurielles dans le traitement de la fièvre typhoïde et de l'érysipèle phlegmoneux*. Deux brochures, Montpellier, 1838, et Nîmes, 1849;

4° *De l'emploi du chlorate de potasse dans le traitement de la stomatite mercurielle*. Nîmes, 1860;

5° *Des frictions mercurielles dans la syphilis pendant les premiers temps de la gestation*. Nîmes, 1860.

— M. LARREY présente de la part de l'auteur, M. le docteur Deneffe, une brochure intitulée : *Des injections encéphalo-rachidiennes, et de leur application au traitement du tétanos*. Gand, 1861, in-8°.

M. Larrey présente ensuite de la part de M. le docteur Brun-Séchard, de Limoges, un dessin représentant une aiguille pour la suture enchevillée, et deux brochures intitulées :

1° *De l'évidement des os*. Limoges, 1860, in-8°;

2° *Deux observations de fracture du crâne et de hernie étranglée, etc.* Paris, 1839, grand in-8°, pl.

— M. GIRALDÈS dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Guyon, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, un ouvrage posthume de M. Gély, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nantes et membre correspondant de la Société de chirurgie.

Cet ouvrage est intitulé : *Études sur le cathétérisme curviligne et sur l'emploi d'une nouvelle sonde dans le cathétérisme évacuatif*. Paris, 1861, 173 pages in-4° et 101 figures dans le texte. La publication a été dirigée par M. Guyon, qui a été l'élève de Gély à l'hôpital de Nantes, et qui s'est fait un pieux devoir de payer ce tribut à la mémoire de son maître.

— M. le docteur Adolphe Dumas, de Cette, adresse un travail manuscrit intitulé : *De l'efficacité de la glace employée avant et après l'opération de la hernie étranglée*. (Commissaires, MM. Gosselin et Huguier.)

— M. CHASSAIGNAC présente de la part de l'auteur, M. Marion-Syms, de New-York, un mémoire manuscrit intitulé : *De l'amputation du col de l'utérus*. (Commissaires, MM. Foucher, Richet, Huguier.)

— Tumeur à coque osseuse de la paroi postérieure de l'aisselle. — M. Azam, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bordeaux, envoie à la Société une tumeur fibro-plastique entourée d'une coque osseuse, et développée dans l'épaisseur du muscle grand dorsal, dans la paroi postérieure de l'aisselle. Il joint à cet envoi l'observation et la description de la pièce anatomique. L'observation a été publiée tout récemment dans un journal (*Moniteur des sciences*, octobre 1861).

M. Broca a examiné la tumeur et a trouvé que sa coque était formée de tissu osseux véritable.

— M. MOREL-LAVALLÉE communique l'observation suivante de *M. Closmadeuc :*

Anévrysme poplité spontané. — Terminaison par gangrène du membre et rupture du sac.

Historique. — L... (Jean-Marie), âgé d'une quarantaine d'années, est un capitaine au cabotage de l'île d'Arz (Morbihan). Son tempérament est celui d'un homme vigoureux, avec prédominance de l'élément sanguin. Ses antécédents ne présentent rien de particulier qui ne soit l'apanage de la profession de marin : une existence laborieuse écoulée en grande partie dans des voyages sur mer ; des fatigues excessives ; des privations inévitables ; des écarts de régime fréquents. Comme rapport étiologique, aucun accident traumatique ou autre de nature à expliquer la maladie actuelle, dont le début ne remonte pas au delà du mois de février 1859.

Entré vers la fin de mai 1859 dans mon service à l'hôpital de Vannes, L... raconte que dans les premiers jours de février, étant de passage à l'île d'Arz, il s'aperçut de la présence d'une petite grosseur au jarret. Cette grosseur, qui avait alors le volume d'une noisette, était dure, indolente, sans changement de couleur à la peau, s'accompagnant de temps à autre de démangeaisons.

Le malade se préoccupa fort peu de cette tumeur, et reprit le cours de ses voyages. Cette période stationnaire dura près de trois mois, février, mars et presque tout le mois d'avril.

Débarqué à Lorient dans la semaine qui précéda le jour de Pâques, et n'ayant rien vu survenir de nouveau dans l'état de la tumeur, si ce n'est une légère augmentation de volume, il continuait, comme par le passé, à s'occuper de ses affaires, lorsque, après une marche un peu longue, il sentit tout à coup une douleur vive dans le jarret, avec une sensation de battement insupportable et une difficulté de marcher extrême. En un instant la tumeur venait d'acquérir un volume considérable, celui des deux poings. C'est ce qu'assure L..., et

ses souvenirs sont d'accord avec le certificat du médecin qui l'examina quelques jours après.

Le lundi de Pâques, L... se rend chez M. le docteur Ledibeider, à Lorient. Celui-ci examine la tumeur et porte le diagnostic suivant : *Tumeur anévrysmale d'un volume considérable, siégeant dans le creux poplité droit ; opération proposée par le procédé d'injection au perchlorure de fer.*

M. Ledibeider engage le malade à retourner chez lui, à l'île d'Arz, où il se fera opérer, et laisse entre ses mains une note qui m'est adressée, et dont je viens de donner la substance.

Muni de cette consultation, et parfaitement fixé sur la gravité du mal aussi bien que sur la nécessité, l'urgence même d'une opération chirurgicale, L... revient dans sa famille. Il souffre continuellement. La marche est presque impossible. La tumeur est augmentée encore, très-tendue, pulsatile, le membre œdématié.

L..., que cette consultation contrarie, s'adresse à une rebouteuse, qui l'examine, palpe la jambe et la cuisse, et, en vertu de son ignorance, déclare que la tumeur est un dépôt ; ce dépôt, il faut le faire fondre à grand renfort de cataplasmes et d'onguents ; le jour viendra où, l'abcès étant mûr, on pourra l'ouvrir. Au besoin, la rebouteuse pharmacienne fera l'opération...

Voilà mon capitaine sans doute bien rassuré, et bien heureux surtout de rencontrer dans son pays une praticienne qui entreprend et lui promet la guérison d'une affection que les hommes de l'art n'envisagent qu'avec la plus grande anxiété.

L... s'abandonne avec confiance à l'espérance d'une guérison prochaine. La tumeur, il est vrai, ne diminue pas ; elle bat toujours avec violence ; elle est douloureuse ; pendant huit jours des crampes intolérables le tourmentent dans les doigts du pied. Mais sous l'influence du repos, l'œdème du membre disparaît ; il semble même que les pulsations de la tumeur sont moins visibles à l'œil. C'en est assez pour se fier de plus en plus aux promesses de la rebouteuse.

Le malade resta ainsi jusqu'au 30 mai, oubliant la consultation du docteur et ses sages recommandations.

Le 30 mai, je le vois pour la première fois, et je reconnais immédiatement l'anévrysme : tumeur volumineuse située dans la région poplitée droite, sans changement de coloration cutanée, sauf une dilatation notable des veines superficielles ; sensation de fluctuation manifeste ; battement et mouvement d'expansion isochrones à ceux du pouls, qui cessent lorsqu'on comprime l'artère fémorale ; bruit de souffle très-prononcé et caractéristique... En même temps qu'on intercepte l'ondée sanguine par la compression de l'artère crurale sur

le pubis, si on presse la tumeur avec les doigts, on remarque qu'elle est réductible en partie ; elle se remplit de nouveau, et redevient dure et tendue lorsqu'on interrompt la compression de l'artère...

D'après mon conseil, L... se décide à entrer à l'hôpital le 30 mai 1859. Je fis voir le malade à plusieurs de mes confrères, et il fut résolu entre nous qu'on proposerait l'opération comme étant la seule ressource. Rejetant l'opération d'injection par le perchlorure de fer, je m'étais arrêté à l'opération de la ligature ; et, en raison du volume de la tumeur et de son développement spontané et rapide, dans la crainte d'une lésion organique de l'artère au-dessus des limites de l'anévrysme, je devais pratiquer la ligature de la fémorale le plus haut possible, c'est-à-dire dans le triangle de Scarpa.

L... avait accepté. Nous nous préparions à l'opération, lorsque des influences étrangères le firent changer d'avis, et il retourna à l'île d'Arz, après cinq jours de résidence à l'hôpital (5 juin 1859).

Depuis sa sortie de l'hôpital, je ne vis plus L... qu'à de rares intervalles. Dans le courant de l'année 1860, j'eus occasion de dessiner le membre. La tumeur avait acquis un développement plus grand. Elle n'était plus réductible. Les battements étaient obscurs ; mais le bruit de souffle s'entendait encore très-distinctement. La mensuration donnait les chiffres suivants :

Circonférence au niveau du genou. . 0,51 centim.
Circonférence au mollet . . . . . . 0,41 —

Cette année, vers le mois de février 1861, j'ai été de nouveau consulté par L... La tumeur avait un volume énorme. Elle était toujours très-dure, très-tendue, mais d'une fluctuation difficile à percevoir. Il n'y avait plus trace de battements expansifs, ni de souffle ; l'interruption du sang au niveau du pubis n'y apportait aucun changement.

On pouvait supposer dès lors que le vaisseau artériel ne communiquait plus, ou du moins ne communiquait que très-difficilement avec l'intérieur de la poche. Seulement, vers la partie inférieure et interne de la cuisse, on sentait profondément une saillie volumineuse, très-résistante, immobile, que je diagnostiquai : *exostose* adhérente à la diaphyse du fémur. Au dire du malade, cette tumeur osseuse n'avait paru que depuis quelques mois.

L... avait été obligé d'abandonner la marine ; il ne marchait plus qu'avec une extrême difficulté, en s'aidant d'un bâton. Ses journées se passaient à la pêche, dans le voisinage de sa demeure.

Au commencement du mois de septembre dernier, après une journée de fatigue, L... rentra chez lui, se plaignant de frisson et de fièvre, avec douleurs générales dans le membre atteint d'anévrysme, et aug-

mentation de volume de la tumeur. Le mal empirant toujours, au bout d'une semaine de souffrances horribles, de fièvre et d'insomnie, on se décide à m'envoyer chercher. Dans la nuit, la peau du jarret s'est fendue au niveau de la tumeur et a laissé jaillir au moins un verre de sang rouge.

J'arrive près du malade pour constater :

1° Une augmentation monstrueuse du membre, qui, mesuré au jarret, a une circonférence de 0,75 centimètres ;

2° Le *sphacèle* du pied et de la moitié inférieure de la jambe, qui sont froids, insensibles, boursouflés et couverts de phlyctènes;

3° Une plaque gangréneuse noirâtre, large comme le creux de la main, siégeant à la région poplitée et comprenant la partie proéminente de la tumeur;

4° Une fissure du derme, au travers de laquelle le sang s'écoule en nappe.

La nuit suivante, nouvelle rupture; nouvelle hémorrhagie inquiétante.

La gangrène faisant des progrès d'heure en heure, et le danger étant imminent, je décide le malade à se faire transporter à l'hôpital de Vannes, où il entre dans la matinée du 12 septembre.

Le sang avait suinté pendant toute la route.

A midi, je réunis en consultation mes honorables confrères MM. les docteurs Lagillardaie, de Quéral, Quermeleuc.

Il ne s'agissait plus de l'anévrysme; il s'agissait avant tout de la gangrène confirmée, envahissant à la fois le pied, la jambe et la cuisse.

Une seule indication nous occupa, et celle-là dominait toutes les autres, la question de l'amputation fut posée, et encore nous n'avions pas le choix. Il eût fallu amputer dans l'articulation coxo-fémorale. Quelles chances cette opération nous offrait-elle? Il nous était impossible de sentir les pulsations de la fémorale, même à l'aine. L'affection anévrysmale s'étant déclarée spontanément, nous n'avions pas affaire à une lésion artérielle remontant très-haut, comprenant peut-être toute l'artère fémorale, et cette gangrène générale du membre n'était-elle pas subordonnée à des lésions de cette nature? La teinte jaune, terreuse, uniformément répandue sur la peau de la cuisse, et envahissant celle du tronc, n'était-elle pas un indice de la gangrène dépassant les limites au delà desquelles l'opération devenait impraticable?

D'un autre côté, les symptômes généraux étaient déplorables. Le pouls était petit, serré, fréquent, la respiration embarrassée. Le ma-

lade souffrait moins et se sentait faiblir de plus en plus. La vision était troublée, la voix éteinte.

D'un commun accord, mes confrères et moi, nous repoussâmes toute opération dans ces conditions, comme irrationnelle.

La mort arriva le lendemain.

La veille de la mort, le membre fut dessiné. En même temps, je prenais les mesures du membre à différentes hauteurs.

1°	Circonférence à la partie moyenne de la cuisse.	0,76	cent.
2°	— au jarret	0,94	—
3°	— au mollet	0,61	—
4°	— au niveau des malléoles	0,35	—

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée quelques heures après la mort.

Le membre a le volume énorme indiqué par les dimensions précédentes. La peau a une teinte jaune, terreuse générale, interrompue par des marbrures, principalement vers les parties déclives.

Au niveau de la région poplitée, on remarque une large plaque gangréneuse, noirâtre, s'étendant jusqu'à la partie moyenne de la cuisse ; au sommet de la tumeur, la peau est dépouillée de son épiderme, et laisse écouler par une fissure du derme une sérosité sanguinolente fétide.

La dissection donne lieu aux observations suivantes :

1° Infiltration générale du membre s'étendant jusqu'au tronc ; tissus engorgés de liquide roussâtre très-abondant, et dans quelques points ayant l'apparence de putrilage ; nombreux foyers de sang noir extravasé dans les interstices musculaires de la cuisse.

2° Ganglions inguinaux hypertrophiés, quelques-uns ayant le volume de grosses noix, mais sans dégénérescence. Le tissu ganglionnaire paraît sain à la section. L'artère et la veine fémorale ont l'apparence normale ; mais leur direction est changée. Au lieu de garder leur rapport avec le fémur, elles s'en écartent, à mesure qu'elles se rapprochent du genou.

3° *Région postérieure.* La région poplitée est complétement comblée par une tumeur volumineuse, grosse comme la tête d'un adulte ; cette tumeur, de forme ovoïde, légèrement aplatie d'avant en arrière, allongée de haut en bas, remonte jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Elle est en rapport par sa face postérieure avec la peau, qui lui adhère intimement ; par sa face antérieure, avec le fémur, l'articulation du genou, les muscles adducteurs soulevés et amincis, les vaisseaux et nerfs poplités. En dehors et en dedans la tumeur refoule les tissus, et se trouve en contact avec les muscles biceps, demi-

membraneux, demi-tendineux et couturier, qui sont déjetés sur ses parties latérales et aplatis au point de ressembler à des rubans.

La tumeur a des adhérences nombreuses avec toutes ces parties, dont il faut la séparer par la dissection. Elle adhère surtout fortement au corps du fémur et à deux apophyses que je décrirai plus loin.

4° *Poche anévrysmale.* La poche, étant ouverte en arrière par une incision longitudinale, se trouve remplie de sang liquide, rouge-brun, dans lequel nagent des grumeaux noirâtres et des fragments de fausses membranes fibrineuses. La quantité de liquide contenue dans la cavité peut être évaluée à *trois litres.*

Lavée à grande eau, et vidée de tous les caillots sanguins et des couches fibrineuses qui la tapissent, la cavité anévrysmale se trouve être constituée par une poche fibreuse épaisse, réunie par des adhérences multiples aux organes voisins : peau, muscles, os et vaisseaux. Cette cavité, revêtue d'une sorte de membrane muqueuse comme veloutée, présente de nombreuses anfractuosités et des plis correspondants. Ses parois irrégulières sont partout continues avec elles-mêmes, excepté en avant, où la paroi du sac est directement formée par la face postérieure de la portion sus-condylienne du fémur, dépourvue de périoste, et par l'extrémité des deux cornes osseuses qui font saillie dans l'intérieur.

Toute communication de la cavité avec les vaisseaux a disparu. Il nous est impossible d'en rencontrer trace à l'extérieur de la poche.

5° *L'artère fémorale,* dans la moitié supérieure de la cuisse, s'offre avec sa direction et sa coloration normales. Au-dessous du point d'intersection du muscle couturier, le vaisseau, accompagné de la veine, se dévie de sa direction, soulevé qu'il est par la tumeur sur la face antérieure de laquelle il est placé, de telle manière qu'au jarret le faisceau vasculaire, au lieu d'être situé à égale distance des condyles, est en rapport avec la tubérosité interne du fémur.

L'artère fémorale, en même temps qu'elle change de direction, s'épaissit et devient jaunâtre.

Un stylet, introduit par le bout supérieur de l'artère, permet de constater qu'elle n'est pas oblitérée ; mais vers sa partie inférieure, un peu au-dessus du point où l'artère devient poplitée, son calibre se rétrécit tout à coup, et le stylet rencontre un obstacle infranchissable. Dès lors le tronc artériel dégénéré se continue par un gros cordon cellulo-graisseux appliqué contre la face antérieure de la tumeur anévrysmale à laquelle il adhère.

Dans tout ce trajet, l'artère n'étant plus qu'un cordon plein, nous allons à la recherche du bout inférieur de l'artère poplitée, dans le jarret. Le stylet, introduit de bas en haut dans le tube vasculaire,

chemine jusqu'au niveau de l'articulation et s'arrête au cordon cellulo-graisseux.

Il devient évident que toute communication avec l'intérieur du sac est interrompue.

Nous versons un litre d'eau dans la poche, sans qu'une seule goutte sorte par l'extrémité des vaisseaux divisés.

Indépendamment de ces altérations, portant sur le tronc artériel principal du membre, l'artère fémorale, fendue dans toute sa longueur, laisse voir vers sa partie moyenne deux plaques remarquables de transformation athéromateuse et calcaire.

6° *Fémur*. L'extrémité inférieure de la diaphyse fémorale et les condyles sont manifestement hypertrophiés, comparativement au membre sain. Les trous et les sillons vasculaires du tissu compacte sont agrandis et très-apparents, comme dans les os atteints d'ostéite chronique. La portion sus-condylienne du fémur est considérablement élargie, et l'effacement des deux lignes de bifurcation de la ligne âpre est complet; à leur place se remarque la surface lisse de l'os qui formait la paroi de la cavité et était en contact immédiat avec son contenu.

Du bord interne du fémur naissent deux cornes osseuses faisant corps avec la diaphyse, dirigées en dedans et un peu en arrière, aplaties d'arrière en avant et légèrement recourbées, d'une longueur chacune de 0,05 centimètres, et limitant entre elles un espace rendu à peu près circulaire par l'insertion aux extrémités d'un faisceau ligamenteux et charnu.

La corne supérieure, la plus large, se continue par sa face concave avec la face postérieure du fémur. Sa face antérieure, qui est convexe, est sillonnée de plusieurs lacunes de forme irrégulière.

Le bord supérieur fait suite à une crête osseuse, ondulée, qui limite en dehors la surface de la diaphyse fémorale en rapport avec la tumeur.

L'extrémité libre, creusée d'une loge aux dépens de la face concave, est rugueuse, semblable à un os nécrosé ; c'est cette extrémité qui traversait la paroi du sac et pénétrait dans son intérieur.

La *corne osseuse* inférieure, plus grêle que la précédente, disposée en regard d'elle, est pointue à son extrémité, qui est également rugueuse. Cette extrémité, qui perforait la paroi de la poche, était aussi, elle, en saillie dans la cavité. La base de la petite corne est percée de deux trous aboutissant à une petite gouttière, qui parcourt la face postérieure, et logeait des vaisseaux.

Réflexions. — Cette observation est l'histoire d'un anévrysme poplité, développé spontanément sous l'influence d'une lésion organique

du système vasculaire, parcourant ses périodes dans l'espace d'un peu plus de deux ans, ayant acquis dans les derniers temps un volume véritablement monstrueux, et s'étant terminé d'une manière fatale par la gangrène du membre et la rupture simultanée de la tumeur.

La raison du développement spontané de l'anévrysme est tout entière dans l'altération des tuniques artérielles, dont nous avons trouvé les preuves anatomiques sur le trajet de l'artère fémorale; et si on se rappelle que, dans le principe, la grosseur existait dans le jarret, on est amené à penser que la solution de continuité des tuniques vasculaires a dû s'effectuer sur un point de l'artère poplitée, que la dissection nous a montrée dégénérée en un cordon cellulo-graisseux, et adhérente à la paroi du sac.

Pendant une première période, le vaisseau, partout perméable, s'ouvrait dans le sac anévrysmal, et donnait passage au sang artériel. C'est dans cette première période, de 1859 à 1860, que tous les signes de l'anévrysme étaient réunis : fluctuation, réductibilité, mouvements expansifs, battements isochrones avec ceux du pouls, souffle caractéristique, etc.

Puis le moment est venu où l'ouverture de communication s'est oblitérée, peut-être par suite de la compression de la tumeur sur le tronc artériel lui-même, mécanisme de guérison spontanée, qui n'a échappé ni à Hunter, ni à Home, ni à Scarpa. Alors le sang n'a plus abordé dans la poche, qui est devenue close, à tel point qu'à l'autopsie nous n'avons pu retrouver les vestiges de la communication antérieure.

Dans le cas actuel, la tumeur, appuyant et battant sur la face postérieure du fémur, avait fini par user le périoste, la surface osseuse restant à nu et formant paroi de la cavité. Des exemples semblables sont fréquents dans l'histoire des anévrysmes.

Quant à ces cornes osseuses dépendantes du fémur que j'ai décrites plus haut, on se rend plus difficilement compte de leur production.

Ce qui est incontestable, c'est que ces apophyses se sont montrées postérieurement au développement de l'anévrysme. Lorsque je fis le premier examen de la tumeur, en 1859, et à différentes reprises depuis, ces exostoses n'existaient pas. Ce n'est que plus tard, au commencement de 1861, que le malade s'en aperçut et que je les ai constatées moi-même.

Par quel mécanisme et dans quel but ces deux cornes osseuses, appliquées toutes les deux en avant de la tumeur, se sont-elles produites? Comment leurs extrémités nécrosées se sont-elles trouvées à perforer le sac et à proéminer dans son intérieur? Cette hypernutri-

tion singulière du tissu osseux, s'exprimant par l'élargissement du fémur et la production excentrique de pièces résistantes, devait-elle représenter un moyen de renforcement? Ce sont là autant de questions qu'on se pose lorsqu'on a sous les yeux la pièce anatomique. Mais ces questions sont plus faciles à poser qu'à résoudre; et, je le confesse, les explications que je me suis données à moi-même ne me satisfont pas; elles n'ont d'autre valeur que celle des hypothèses.

DISCUSSION.

M. VELPEAU. Les deux végétations osseuses qu'on remarque sur le fémur constituent une anomalie bien remarquable. Ce n'est pas ainsi que se comportent les anévrysmes par rapport aux os qui les touchent : aussi je me demandais avant de connaître l'observation complète et détaillée si la tumeur n'avait pas son pcint de départ dans le fémur.

M. HOUEL rapproche de ce fait un exemple d'anévrysme de l'artère fémorale occupant presque le même siége que celui-ci, et sur les parois duquel on trouve aussi des végétations osseuses. Seulement elles ne baignent pas dans le sang de la poche anévrysmale, et se continuent non avec l'os lui-même, mais avec le périoste.

M. MOREL-LAVALLÉE insiste sur la disposition de ces productions osseuses, qui se continuent bien manifestement non avec le périoste, mais avec le fémur. Il revient sur les détails de l'observation, et surtout sur le point que MM. Closmadeuc et Ledibeider ont suivi l'évolution de l'anévrysme depuis le moment où il avait à peine le volume d'une noisette jusqu'à la terminaison de la maladie; ils ont constaté d'une manière évidente que la poche anévrysmale communiquait avec l'artère, pouvait se vider, était animée de battements, etc. Il ne peut donc pas exister le moindre doute sur la nature anévrysmatique de la tumeur.

M. BROCA. Les détails de l'observation établissent, en effet, qu'il est plus que probable qu'il y a eu un anévrysme dans la région poplitée. Mais s'il peut arriver quelquefois que la communication entre une artère et la poche anévrysmale s'oblitère, on trouve alors des traces de cette communication; ici on ne voit point les vestiges de cette communication, et l'on peut se demander si c'est bien l'artère poplitée qui a été le siége de cette tumeur, et si l'anévrysme n'appartiendrait pas à une autre artère de cette région. Dans cette hypothèse, l'oblitération de l'artère poplitée aurait été déterminée par la pression de la poche anévrysmale et l'arrêt de la circulation.

M. MOREL-LAVALLÉE répond qu'on n'a trouvé dans la région poplitée aucune artère assez altérée pour qu'on pût soupçonner que

l'anévrysme doit lui être rapporté. Il insiste de nouveau sur la position de l'anévrysme au début, sur sa forme, sur le siége de l'oblitération de l'artère poplitée, et surtout sur les signes constatés par MM. Ledibeider et Closmadeuc quand on comprimait l'artère fémorale, etc., et il ne lui paraît pas possible de conserver le moindre doute sur le point de départ de l'anévrysme. Tous ces détails sont du reste consignés avec soin dans l'observation.

M. VERNEUIL cite à l'occasion de ce fait l'histoire d'un anévrysme dont il a lu la relation dans un journal américain. Il s'agissait dans ce cas d'une exostose du fémur, ayant perforé l'artère poplitée et déterminé la production d'un anévrysme.

M. MOREL-LAVALLÉE dit que M. Closmadeuc n'a constaté qu'à une période avancée de la maladie la présence de ces exostoses. Il ne lui paraît pas possible de s'arrêter à une hypothèse qui tendrait à rapporter la tumeur à l'altération de l'artère produite par les exostoses.

M. BROCA rappelle une observation de M. Roux, dans laquelle un anévrysme s'est développé au niveau d'une exostose de l'humérus.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

Consolidation vicieuse d'une fracture du condyle de l'humérus, flexion de l'avant-bras obtenue trois mois après l'accident. — M. MARJOLIN communique l'observation suivante :

Dans une des dernières séances du mois d'avril 1861, j'ai eu l'honneur de soumettre à l'examen des membres de la Société un jeune garçon de douze ans d'une bonne constitution, lequel, à la suite très-probablement d'une fracture du condyle interne de l'humérus, avait totalement perdu les mouvements de flexion de l'articulation du coude; l'avant-bras était dans une rectitude complète sur le bras, et aucun effort ne pouvait faire fléchir l'articulation.

Quelle était l'origine, je ne dirai pas de cette ankylose, mais plutôt de cette attitude vicieuse? Voici ce qui m'a été dit par les parents et par l'enfant :

Dans les premiers jours du mois de janvier 1861, W... tomba de sa hauteur sur le coude gauche; une tuméfaction considérable étant immédiatement survenue, le médecin qui le vit appliqua un bandage roulé; puis, au bout de quelques jours, il mit l'avant-bras dans la flexion, après avoir cherché à remettre en place le fragment osseux déplacé, qui, suivant toute probabilité, devait comprendre le tiers interne de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Une dizaine de jours s'écoula jusqu'au renouvellement de l'appareil,

puis, au dire de l'enfant, comme le médecin n'était pas satisfait de la position du fragment, il fit de nouvelles tentatives de réduction, et cette fois maintint le bras et l'avant-bras dans la rectitude, à l'aide d'une attelle placée en avant. Combien de temps le bras est-il resté dans cette position? c'est ce que nous n'avons pu connaître exactement; mais ce qui est à noter, c'est qu'à la levée de l'appareil l'articulation du coude avait perdu toute possibilité d'exécuter des mouvements de flexion. Quelques tentatives furent faites pour rendre à l'articulation la mobilité, mais elles échouèrent.

Il y avait plus de trois mois que l'accident était arrivé lorsque l'enfant me fut amené à l'hôpital Sainte-Eugénie; j'essayai de voir si je serais plus heureux et si quelques tentatives de flexion sans l'anesthésie amèneraient un résultat, mais ce fut en vain; rien ne put faire changer l'attitude vicieuse de l'avant-bras.

A quelle lésion avions-nous affaire, quelle en avait été la cause première? Il était évident qu'il ne fallait pas invoquer une de ces affections internes qui déterminent si souvent, après l'altération plus ou moins profonde de la synoviale et des surfaces articulaires, des adhérences tellement intimes, que plus tard les os finissent par s'unir ensemble et se confondre en conservant des rapports toujours gênants pour les malades. Ici ce n'était pas le cas; il y avait eu à la suite d'une chute une lésion traumatique de l'os, une de celles qui se rencontrent le plus habituellement chez les enfants, et qui, bien souvent, est méconnue ou prise pour une luxation.

A cette occasion, qu'il me soit permis de rectifier une erreur qui s'est glissée dans nos Bulletins. Il y a quelques années, lorsque j'entretenais la Société de ce sujet, le procès-verbal m'a fait dire que les fractures des condyles du fémur sont très-fréquentes chez les enfants; ceci serait une erreur grave, car je ne crois pas en avoir encore observé; ce sont les fractures des condyles de l'humérus, qui sont tellement communes qu'il n'est pas de mois où il ne nous soit donné d'en voir une ou plusieurs.

D'après les commémoratifs que j'avais recueillis et d'après l'examen du membre, je m'arrêtai à l'idée qu'il y avait eu une fracture du condyle interne, et que, suivant toute probabilité, la difficulté de maintenir le fragment convenablement réduit avait empêché le médecin d'imprimer de très-bonne heure des mouvements de flexion et d'extension à l'articulation du coude, comme cela est indispensable si l'on veut conserver toute la liberté des mouvements.

J'ai dit que très-vraisemblablement le condyle interne de l'humérus avait été fracturé; et en effet, à ce niveau l'articulation semblait déformée; il y avait une saillie assez marquée en avant. Quant à la na-

ture de la lésion actuelle, il était évident que s'il n'y avait pas d'adhérences bien intimes entre les surfaces articulaires, c'était pourtant quelque chose de plus grave que la roideur qu'on rencontre quelquefois dans les articulations voisines d'une fracture : il y avait là déjà un travail pathologique qui avait modifié l'articulation et les parties environnantes, et il était à craindre que si l'on différait plus longtemps de remédier à cette attitude vicieuse du membre, plus tard il ne fût impossible de le fléchir et que l'enfant ne restât privé de l'usage de son avant-bras et infirme pour le restant de ses jours.

L'avis de la Société ayant été qu'il fallait promptement fléchir l'avant-bras, je priai notre collègue M. Verneuil, qui avait déjà eu occasion d'observer un cas analogue, de vouloir bien m'assister dans cette opération.

Le 28 avril, W... ayant été chloroformé, le bras étant fortement maintenu à la partie inférieure par un aide, je fléchis avec précaution l'avant-bras sur le bras, et après plusieurs tentatives je parvins, en employant une force assez grande, à fléchir à angle droit l'avant-bras sur le bras; mais il me fut impossible, malgré mes efforts, d'aller au delà. Au moment où la flexion s'opéra, on perçut quelques craquements articulaires. Le coude fut ensuite entouré de compresses trempées dans de la teinture d'arnica étendue d'eau, puis l'avant-bras appliqué contre la poitrine et maintenu dans la flexion, comme s'il s'agissait d'une fracture de clavicule.

Les jours suivants, le coude devint rouge, tuméfié, douloureux, et il fallut recourir aux applications émollientes pour prévenir une réaction trop vive. Une autre précaution sur laquelle je dus insister, ce fut d'assujettir constamment l'avant-bras à l'aide d'un bandage, pour m'opposer à son retour à la position première. Au bout de quelque temps le gonflement disparut, et je tentai à plusieurs reprises d'augmenter la flexion; mais ce fut en vain : très-probablement je fus empêché par la saillie en avant du fragment articulaire; aussi tous mes efforts durent se borner à immobiliser l'articulation dans une flexion qui donne aujourd'hui un angle un peu plus ouvert que l'angle droit. En définitive, aujourd'hui l'enfant peut se servir utilement de son bras et porter la main à sa bouche; mais, pour ne pas perdre le bénéfice de cette opération, il faudra, je crois, le surveiller encore.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BROCA. J'ai tout récemment appelé l'attention de la Société sur les **modifications de température qui se présentent dans un membre dont une artère est oblitérée.**

Sur un malade de mon service, et dont l'observation est publiée

dans nos *Bulletins*, je pus, en me fondant sur les différences de température dans les deux membres, arriver à reconnaître le siége de l'oblitération artérielle. Il y avait, on peut se le rappeler en comparant le membre malade avec le membre sain, — 2° à la jambe malade ; + 2° au niveau de la partie inférieure de la cuisse du même côté, et enfin la température était la même des deux côtés au niveau de la partie supérieure de la cuisse.

Je rapprochai ce fait de ce qui se passe à la suite des ligatures d'artère, et je trouvai l'explication de ces phénomènes. A la suite de l'oblitération d'une artère, il y a à ce niveau exagération de la circulation capillaire, et partant augmentation de la chaleur à la peau. Il passe plus de sang dans les couches superficielles ; elles sont plus échauffées. Mais d'un autre côté la circulation étant plus lente, il s'échappe moins de sang, pour se porter à la partie plus excentrique du membre : plus loin donc, il y a abaissement de température. — Ces deux considérations me permirent de conclure que l'oblitération devait siéger au niveau du point où je constatais l'élévation de température, et l'autopsie vint confirmer mon diagnostic.

Voilà en quelques mots l'observation dont j'ai déjà entretenu la Société. Tout récemment un second fait s'est présenté dans mon service, et l'observation a été suivie et recueillie avec soin pendant plus de trois mois. Je n'insisterai que sur ce qui a rapport aux expériences sur les variations de température.

Il y a eu constamment un refroidissement, un abaissement de température dans la jambe malade, qui a varié de — 3°, — 2° à — 1°. Au pli de l'aine, la température était la même de l'un et de l'autre côté ; à la partie interne et inférieure de la cuisse, du côté de la gangrène, il y avait élévation de température. Mais là se produisit un phénomène qui nous parut bien singulier d'abord, et dont nous eûmes plus tard l'explication. A la main, l'élévation de température était manifeste ; le thermomètre nous donnait seulement + 0,6°. Le thermomètre était fixé à la partie interne de la cuisse ; plus tard nous l'appliquâmes sur un autre point de la circonférence du membre, et nous trouvâmes alors + 2°. C'est que de l'un comme de l'autre côté le thermomètre était appliqué sur le trajet de l'artère. Du côté malade, il reposait sur l'artère oblitérée ; du côté sain, le sang passant dans l'artère entretenait à ce niveau une élévation de température. Aussi, quand on plaçait la boule thermométrique dans d'autres conditions, sur un autre point de la circonférence du membre, on trouvait non plus + 0,6°, mais + 2°.

Ce fait vient donc encore à l'appui du précédent, et je puis tirer cette conclusion qu'on peut, en étudiant la température dans diffé-

rents points d'un membre dans lequel une artère est oblitérée, arriver, suivant les variations de température que l'on constate, à diagnostiquer le point où existe l'oblitération.

A l'autopsie on a trouvé, conformément au diagnostic porté pendant la vie, que l'artère fémorale était perméable depuis le pli de l'aine jusqu'au niveau de l'origine de la fémorale profonde; qu'au-dessous de ce point elle était oblitérée dans toute son étendue, ainsi que la poplitée et ses trois branches principales. La partie la plus supérieure du caillot de la fémorale est plus dense et plus décolorée que le reste du caillot, dans une étendue de 3 centimètres. A ce niveau, les parois de l'artère sont fortement revenues sur elles-mêmes, et tout permet de croire que cette partie du caillot est plus ancienne que les autres.

On pourrait m'objecter, continue M. Broca, que ce moyen d'exploration est souvent inutile, puisque le doigt suffit, dans presque tous les cas, pour constater le siége de l'oblitération. Mais il peut arriver que le doigt ne sente pas les battements dans un vaisseau qui pourtant n'est pas oblitéré. Ainsi, chez ce malade, nous ne sentions pas les battements artériels dans le pli de l'aine, et pourtant il n'y avait pas d'oblitération de l'artère. Je crois donc que dans ces circonstances les observations thermométriques ne peuvent que rendre des services pour le diagnostic des oblitérations artérielles.

A propos de ma dernière communication, une objection m'avait été présentée. Pour ma part, il n'y avait pas de doute sur la cause de l'oblitération artérielle, et je trouvais réunis tous les caractères de l'embolie. Mais enfin on pouvait jusqu'à un certain point soulever la question de l'artérite, et dans ce cas ne pouvait-on pas attribuer à l'artérite l'élévation de température que nous constations? Dans cette observation l'objection tombe d'elle-même. Était-ce sur le trajet de l'artère que nous trouvions l'élévation de température? — Non, il y avait seulement + 0,6°, tandis que sur un autre point de la circonférence nous trouvions + 2°.

M. GIRALDÈS pense que M. Broca serait arrivé à des résultats plus précis encore s'il s'était servi, au lieu de thermomètres, d'appareils thermo-électriques.

M. BROCA reconnaît sans doute que ces appareils sont plus sensibles, mais il pense que, puisqu'il peut arriver à une précision d'un dixième de degré, c'est un résultat qui est bien suffisant. Du reste, les appareils thermo-électriques sont difficiles à manier, même pour les physiciens. M. Béclard y a renoncé, et M. Foucault, à qui M. Broca

parlait de ses recherches, l'a engagé aussi à se servir de thermomètres très-bien faits.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, E. Bauchet.

Séance du 30 *octobre* 1861.

Présidence de M. Laborie.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Nomination d'une commission pour l'examen des thèses adressées à la Société pour le concours du *prix Duval.*

Sont nommés : MM. Blot, Foucher et Giraldès.

— M. le président annonce que M. Sédillot (de Strasbourg), membre correspondant de la Société, assiste à la séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Mazade (d'Anduze), qui a envoyé à la Société, dans la dernière séance, plusieurs travaux imprimés, adresse aujourd'hui une lettre où il demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. A l'appui de sa demande il envoie un mémoire manuscrit intitulé : *Observation d'inflammation du cordon spermatique.* (Commissaires, MM. Richet, Chassaignac, Houël.)

— M. le docteur Paul Dauvé, médecin aide-major aux Invalides, adresse un long mémoire manuscrit intitulé : *De l'enchondrome du testicule.* (Commissaires, MM. Béraud, Verneuil, Désormeaux.)

— La Société a reçu en outre l'ouvrage suivant : Eduard Zeis, *Die permanenten oder prolongirten Localbæder bei verschiedenen œrtlichen Krankheiten;* Heidelberg, 1860, in-8°. (Sur les bains locaux permanents ou prolongés dans le traitement de diverses maladies locales.)

COMMUNICATIONS.

Fistule anale remontant à une hauteur de plus de 15 centim. en dehors de la paroi rectale et sur la face latérale de l'intestin ; opération par l'écrasement linéaire ; mort ; autopsie; phlegmon diffus de la partie supérieure du rectum. — M. Verneuil. Un facteur de la poste, âgé de quarante ans, d'une bonne constitution et d'un moral résolu, entra à l'hôpital Saint-Louis dans les derniers jours du mois d'octobre 1861, pour une fistule à l'anus. Celle-ci reconnaissait

pour cause un phlegmon survenu plusieurs mois auparavant, et sur le développement duquel le malade ne donnait que des renseignements incomplets. L'abcès s'était ouvert spontanément et un suintement continuel plus ou moins abondant lui avait succédé.

L'orifice, d'un très-petit calibre, siégeait latéralement sur la fesse gauche, à trois centimètres de l'orifice anal. La région, du reste, était dans l'état normal; il n'y avait point d'hémorrhoïdes, point de rougeur ni d'altération quelconque de la peau. Il ne sortait jamais rien par l'anus, et la fistule elle-même ne donnait issue qu'à du pus, tantôt bien lié, tantôt séreux ou sanguinolent. Dans l'été, après des marches forcées, le pourtour de l'orifice anormal s'enflammait, la suppuration augmentait; il y avait douleur, cuisson, pesanteur, gêne dans la marche, dans la position assise, etc. C'est ce qui détermina ce pauvre homme à se faire opérer. Rien du reste ne contre-indiquait l'intervention chirurgicale, et une exploration attentive démontrait l'intégrité de tous les organes.

J'ai déjà indiqué le siége de l'orifice cutané de la fistule. Le stylet introduit pour l'exploration pénétrait à une grande profondeur, à sept centimètres environ, et paraissait à son extrémité se mouvoir aisément dans une cavité assez spacieuse. Il passait tout à fait en dehors du sphincter anal, qui était fort épais, puis, au-dessus de ce muscle, se laissait sentir dans une grande étendue, à l'aide du doigt introduit dans le rectum. Il fut toujours impossible, même après plusieurs explorations, de retrouver un orifice interne à cette fistule, et je remarquai même que le stylet et le doigt étaient toujours séparés par une épaisseur de parties molles égalant plusieurs millimètres. L'examen, à l'aide d'un spéculum bivalve, pratiqué immédiatement avant l'opération et à la faveur de l'anesthésie, ne m'éclaira pas davantage.

D'après le résultat de cet examen, il était évident que pour opérer cette fistule à la manière ordinaire, et quelle que fût la méthode employée, il fallait d'abord créer artificiellement un orifice interne, c'est-à-dire perforer la paroi rectale dans toute son épaisseur, au niveau des limites supérieures du trajet fistuleux, pour diviser d'une manière quelconque la paroi rectale depuis l'orifice supérieur établi de vive force jusqu'à la marge de l'anus inclusivement. Cette section pratiquée sur des tissus souples et épais, et remontant à une grande hauteur, quatre centimètres au moins au-dessus du sphinter, devait rencontrer des vaisseaux artériels nombreux et volumineux susceptibles de fournir beaucoup de sang, s'ils étaient divisés par l'instrument tranchant. En cas d'hémorrhagie primitive fournie par les vaisseaux situés au sommet de la plaie, il eût été presque impossible

d'obtenir l'hémostase directe par la ligature ou par les agents hémostatiques portés immédiatement sur les artères ouvertes. Il aurait fallu recourir au tamponnement, d'une application difficile, douloureuse, dangereuse même, et de plus d'une efficacité douteuse. Ces motifs plaidaient contre l'instrument tranchant et parlaient en faveur d'un procédé de diérèse capable d'oblitérer les vaisseaux préalablement à leur section.

Or, trois expédients remplissant la même indication préservatrice s'offraient à l'esprit :

1° La ligature lente ;

2° La section par pression continue et mortification ;

3° Enfin, l'écrasement linéaire.

Le premier moyen, très-douloureux, très-lent, et n'étant d'ailleurs point exempt de dangers, fut rejeté.

Le second, qui a été surtout préconisé par Gerdy, consiste à comprimer le pont de parties molles interposé entre le trajet fistuleux et la lumière du rectum, à l'aide de l'entérotome de Dupuytren, de manière à obtenir une mortification linéaire. La lenteur, les douleurs inhérentes à ce procédé, le firent rejeter. Au reste, le trajet fistuleux étant étroit et un peu tortueux, il eût été très-difficile d'y introduire le mors large, épais et dentelé de l'instrument susdit.

C'est pourquoi le troisième moyen parut mieux indiqué, le placement de la chaîne ne faisant entrevoir aucun obstacle sérieux, l'hémorrhagie n'était pas à craindre, la section pouvait avoir toute la précision désirable; enfin, quelques minutes suffisaient pour terminer l'opération, sans exposer à de vives douleurs consécutives.

On pouvait seulement craindre que la traction opérée inévitablement par le renversement brusque de l'anse n'eût une influence fâcheuse sur les tissus voisins.

Quoique j'hésite encore à regarder la méthode susdite comme devant être appliquée d'une manière très-générale à la fistule anale, elle me paraissait dans l'espèce tout à fait indiquée par la prudence.

Le 23 octobre, après les préparations d'usage (bain entier l'avant-veille, purgatif salin la veille, lavement simple le matin même), je procédai à l'opération.

Le stylet, introduit pour une dernière exploration, pénétra à sept centimètres et demi, se dirigeant vers la paroi antérieure du rectum et le bord gauche de la prostate. Il fut remplacé par une sonde cannelée d'argent, dont l'extrémité était un peu recourbée. Je pus, non sans quelque difficulté, créer de toutes pièces un orifice interne en perforant la paroi rectale. Un nouveau stylet aiguillé, entraînant à sa suite un fort cordonnet et la chaîne de l'écraseur Charrière, fut glissé

dans la cannelure de la sonde, et l'anse métallique fut placée sans coup férir.

J'opérai la constriction avec assez de rapidité, faisant parcourir au pas de vis deux tiers de tour par 15 secondes, un peu moins de trois tours à la minute. La section exigea environ neuf minutes. L'anesthésie avait été difficile à obtenir : l'examen au spéculum, l'exploration définitive de la fistule, le placement de la chaîne, avaient dépensé du temps ; aussi le patient était-il à peu près réveillé pendant les dernières minutes de la section. Il n'accusait pourtant que peu de douleurs, et voulait s'en retourner à pied dans la salle. Il ne s'écoula pas 10 grammes de sang. La plaie était un peu béante. Je ne plaçai point de mèche, et j'ordonnai pour son pansement l'application de cataplasmes tièdes maintenus par un bandage en T. Une alimentation légère fut permise, et la première journée se passa bien.

Le lendemain matin, l'état général était tout à fait satisfaisant : la plaie n'était nullement douloureuse et la région anale n'offrait aucune trace d'inflammation. Je ne fis aucune prescription particulière.

Le soir, vers quatre heures, un frisson assez marqué survint et fut suivi de fièvre. L'interne de garde prescrivit l'administration d'un gramme de sulfate de quinine. De plus, les urines, qui avaient été facilement et spontanément évacuées jusqu'alors, se supprimèrent, ou du moins apparurent des symptômes de rétention d'urine dont le malade ne parla point, et qui, ne faisant que s'accroître pendant la nuit, troublèrent le sommeil et causèrent une notable agitation.

Le lendemain, quarante-huit heures après l'opération, l'état général était assez bon : fièvre très-modérée, langue blanche, sensibilité du ventre spontanée et à la pression, mais uniquement dans la région hypogastrique ; ni vomissements ni ballonnement du ventre ; pas de selles ; la région anale indolente et sans aucune rougeur ; plaie de l'écrasement béante ; le doigt, introduit avec douceur et à une profondeur de 3 ou 4 centimètres, ne provoque aucune douleur. La rétention d'urine persiste ; je fais le cathétérisme sans difficulté et j'extrais seulement deux verres d'urine un peu rosée. La face était un peu altérée et légèrement jaunâtre ; mais cette coloration, étant habituelle au malade, me préoccupe peu. (Bain tiède prolongé, cataplasmes sur l'hypogastre, une cuillerée d'huile de ricin.) Des sangsues seront placées au bas-ventre, le soir, si la chose est nécessaire.

A quatre heures, l'interne du service note une amélioration ; il se contente de sonder de nouveau. La nuit toutefois est agitée ; le malade, à deux reprises différentes, veut se lever et délire évidemment : un frisson se renouvelle et dure quelque temps.

A sept heures du matin, la religieuse constate la cessation de ces

symptômes ; le malade dit qu'il va bien et qu'il désire dormir : une demi-heure après on le trouve mort dans son lit.

Autopsie. — Le rectum, fendu verticalement, est rempli supérieurement de matières fécales demi-molles ; la muqueuse, à peine plus colorée qu'à l'état normal, n'offre aucune altération notable, mais l'épaisseur totale de l'intestin semble triplée ; cette augmentation de volume, qui remonte presque jusqu'à la symphyse sacro-iliaque, est due à une infiltration purulente qui siége en dehors de l'intestin, entre la tunique musculeuse et la tunique péritonéale : c'est un véritable phlegmon diffus du tissu cellulaire péri-rectal.

Le pus n'est pas encore collectionné, mais il infiltre les mailles du tissu conjonctif, ce qui rend compte de l'induration et de l'épaississement du rectum. Cette lésion se retrouve du haut en bas, c'est-à-dire jusqu'au voisinage de la marge de l'anus, là où le péritoine n'existe pas. Toutefois, le tissu cellulaire pelvien, et celui qui remplit les fosses ischio-rectales, est intact ; la nappe purulente est encore confinée à la face externe du rectum et semble arrêtée en bas par les insertions du releveur de l'anus. Le pus est vert, crémeux, sans mélange de matières stercorales.

On retrouve la plaie verticale faite par l'écraseur ; elle est nette, entr'ouverte, et mesure un peu plus de 6 centimètres ; elle a divisé la paroi rectale dans toute son épaisseur.

On ne retrouve nulle trace d'orifice fistuleux naturel. La fistule était donc certainement borgne externe ; mais on reconnaît en revanche que le trajet était infiniment plus long que ne l'avaient fait supposer les explorations faites avant l'opération. J'avais, en effet, pratiqué la perforation artificielle à près de 8 centimètres de l'orifice fistuleux cutané. Or, la pièce sous les yeux, je constate que le décollement péri-rectal remontait sur les faces latérales de l'intestin à une hauteur au moins égale. Je n'avais donc incisé le trajet que dans la moitié environ de son étendue verticale. Sans doute une bride ou une inflexion brusque de la voie fistuleuse avait empêché le stylet de pénétrer jusqu'au fond du foyer, qui d'ailleurs était assez étroit dans sa région élevée.

Que serait-il advenu si la plaie inférieure s'était cicatrisée ? Je ne saurais le dire.

L'inflammation provoquée par l'opération et partant de son siége se serait-elle propagée jusqu'aux limites du décollement et aurait-elle amené la cicatrisation ?

Le pus sécrété dans le cul-de-sac respecté aurait trouvé peut-être une issue plus facile, et dès lors n'aurait plus empêché, par sa rétention, l'adhésion de la partie supérieure de la fistule. Mais peut-être

aussi une fistule borgne interne, à peu près inaccessible aux moyens chirurgicaux, se serait établie, et le malade, s'il n'y avait pas perdu, n'aurait pas gagné grand'chose à la métamorphose de son mal.

Toujours est-il que l'opération avait été incomplète, et qu'à ce seul point de vue l'autopsie révèle une particularité très-importante.

Quoique le phlegmon diffus n'ait été séparé de la cavité péritonéale que par la séreuse, il n'existait qu'un très-léger degré de péritonite, circonscrite d'ailleurs au fond du petit bassin et au niveau du cul-de-sac séreux inférieur. Un peu de vascularisation superficielle, deux ou trois cuillerées d'une sérosité un peu louche, sans fausses membranes et sans agglutination des anses intestinales, constituaient tout ce qu'on trouvait d'anormal. Au reste, pendant la vie, les signes de la péritonite avaient toujours fait défaut.

La vessie était contractée et revenue sur elle-même ; elle contenait environ trois ou quatre cuillerées d'une urine limpide, mais légèrement rosée. La muqueuse elle-même était quelque peu injectée, surtout au voisinage du col.

Tous les viscères abdominaux et thoraciques sont entièrement sains ; les veines du bassin et les branches de la veine-porte n'ont pu être examinées.

En communiquant cette observation à mes collègues, dit en terminant M. Verneuil, j'ai voulu appeler l'attention sur une lésion assez rare, et dont la thérapeutique n'est pas encore définitivement fixée. Je désirerais de plus que la discussion permît de résoudre au moins approximativement les questions suivantes :

1° Dans les cas de fistule péri-rectale remontant très-haut, quel traitement convient-il d'adopter ?

2° Les opérations sanglantes conviennent-elles à cette variété anatomique ?

3° En cas d'affirmative, faut-il donner la préférence à l'instrument tranchant, à la ligature lente, à la section par pression telle que peut l'effectuer l'entérotome de Dupuytren ou tout autre instrument analogue, ou bien à la section extemporanée, qu'on réalise à l'aide de l'écraseur ?

4° Dans le cas actuel, l'issue fatale doit-elle être attribuée à la méthode opératoire choisie ou à toute autre cause ? En résumé, si pareille maladie se présentait de nouveau et que l'opération chirurgicale fût résolue, de quelle manière devrait-on se comporter ?

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai pas trouvé un seul cas où la méthode opératoire par l'écraseur linéaire ne m'ait pas réussi.

Les malades opérés se lèvent en général au bout de trois ou quatre jours.

Nous venons de traverser une phase funeste à la chirurgie; les érysipèles se sont déclarés en grand nombre après les opérations. Or, bien que j'aie opéré pendant cette période un grand nombre de fistules, je n'ai pas eu un seul cas d'érysipèle.

Quant à la communication de M. Verneuil, je pense qu'on a tort d'appeler *fistules anales* des lésions qui sont, comme dans ce cas, si en dehors du rectum, et qui n'ont de rapport avec elles que par leur ouverture au voisinage du rectum. Je réunis ces fistules, qui ne s'ouvrent pas dans le rectum, sous le nom de *fistules pelviennes*. Ces fistules, par le décollement étendu qui les accompagne ordinairement, sont graves et sont souvent compliquées, quand on les opère, de phlegmon diffus sous-péritonéal.

De plus il est possible que chez le malade de M. Verneuil on ait eu affaire à une fièvre pernicieuse uréthrale.

Je termine enfin en parlant d'un cas que je viens d'observer. J'ai opéré récemment, et pour la seconde fois, une fistule pelvienne, et j'ai vu survenir des accidents semblables à ceux dont vient de nous entretenir notre collègue.

M. VERNEUIL préférerait à l'expression vague de *fistules pelviennes* celle de *fistules péri-rectales*, pour les cas semblables à celui dont il vient d'entretenir la Société.

Quant à la fièvre pernicieuse, j'y avais songé, continue M. Verneuil, mais ici nous n'avions vraiment pas à faire intervenir cette cause pour expliquer les accidents qui sont survenus; et nous avons à l'autopsie trouvé assez de lésions pour expliquer la mort.

La Société décide que la discussion sera renvoyée à la séance prochaine.

AUTRE COMMUNICATION.

M. SÉDILLOT. Je désire entretenir la Société de quelques faits de pratique que l'on rencontre quelquefois, et qui m'ont paru dignes de fixer un instant votre attention.

Les **abcès profonds de la cuisse** sont parfois d'un diagnostic embarrassant. La plupart d'entre eux ont eu leur point de départ soit au pied, soit à la jambe, et sont le résultat de lymphites; mais il en est aussi qui se développent spontanément dans cette région.

Pour les ouvrir, il faut traverser une couche musculaire épaisse, et le pus n'a pas grande tendance à sortir.

J'ai cherché, pour tâcher d'éviter ces incisions à travers les muscles, un point où l'on pourrait arriver facilement à l'abcès, et qui serait aussi dans une position déclive. Ces abcès suivent le trajet des vaisseaux fémoraux; aussi, pour donner issue au pus, j'incise au bas

du triangle de Scarpa ; je cherche l'artère, et je pratique une incision en dedans de celle-ci. De cette manière, je ne traverse aucun muscle, et en plaçant un coussin sous le genou, le pus tend à s'écouler facilement, car l'incision est dans un point de déclivité très-avantageux.

Cette remarque que j'avais faite pour les abcès profonds de la cuisse, je l'ai aussi appliquée aux **abcès sous-claviculaires.** Ces abcès sont placés sous la clavicule, derrière le muscle grand pectoral. Ils reconnaissent des causes diverses, parmi lesquelles je signalerai surtout la pression par un uniforme, chez les jeunes gens. Il en est qui communiquent avec le poumon, mais d'autres, en plus grand nombre, sont tout à fait en dehors de la cage thoracique.

Pour les ouvrir, il faut traverser le muscle grand pectoral, soit en passant directement à travers ses fibres, soit en choisissant l'interstice qui sépare les deux portions du grand pectoral. Je préfère dans ces circonstances suivre la paroi antérieure du creux axillaire, et aller ouvrir ces abcès par le creux de l'aisselle. Je respecte le muscle, j'arrive à l'abcès (j'en ai même ouvert un qui s'étendait jusqu'au sternum), et l'incision ainsi placée permet au pus de s'écouler facilement.

Enfin, je vous parlerai d'une autre opération : celle qui a pour but de combler certaines **perforations de la voûte palatine.** J'ai employé plusieurs fois un procédé que j'appellerai par *dédoublement et migration du lambeau*, procédé différent de l'ingénieux procédé de M. Baizeau, moins grandiose que celui de M. Langenbeck, mais qui m'a paru très-bon pour combler les petites perforations.

Je l'ai mis en usage sur un officier qui ne pouvait plus commander, et sur un autre qui portait un obturateur. Je commence par inciser obliquement le pourtour de la perforation, et j'attends. Il se fait alors par la cicatrisation une sorte de mouvement d'appel vers le centre de l'ouverture. On peut, à l'aide des cautérisations préconisées par M. Cloquet, aider à ce retrait.

Si cette simple incision oblique du centre vers la circonférence ne suffit pas, je fais de chaque côté une incision allant jusqu'à l'os, et avec un stylet ou une spatule je décolle les lambeaux, je les repousse vers le centre, et je les abandonne. Pendant quelques jours, je m'oppose à la cicatrisation des plaies latérales.

Pendant que la cicatrisation se fait, la cicatrice du centre se resserre, et j'ai vu la perforation se boucher complétement. Je ne fais pas, comme on le voit, de suture ; c'est la cicatrice elle-même qui ferme l'ouverture. Ce traitement est long sans doute, mais il est bien simple. Il peut demander un mois, deux mois ; dans un cas, il a exigé

trois mois de durée. J'ai vu, une fois que le lambeau ainsi déplacé n'était pas soutenu par une portion de voûte palatine, la cicatrisation s'opérer sur un côté, mais non au niveau de la perforation et de l'autre côté; j'ai eu ainsi deux ouvertures. Mais l'ouverture médiane a fini par se combler; j'ai incisé plus loin et refoulé un autre lambeau, et la seconde perforation, celle qui était le résultat de mon opération, s'est fermée à son tour. Le traitement a duré au moins trois mois.

M. CHASSAIGNAC. Je me suis toujours très-bien trouvé, dans le traitement des abcès profonds de la cuisse, des tubes élastiques. Quant au procédé pour l'ouverture de ces collections proposé par M. Sédillot, je l'ai toujours employé quand j'avais à ouvrir quelque foyer profond dans une région dangereuse. Ainsi, pour un abcès profond du cou, je recommande de chercher les gros troncs vasculaires de cette région, afin de les éviter sûrement pour arriver à la collection. Dans un abcès profond post-œsophagien, j'ai une fois pris la trachée pour guide dans mon opération. Le procédé dont vient de nous entretenir M. Sédillot doit donc être généralisé, et employé chaque fois qu'on a à redouter la blessure d'un vaisseau ou d'un organe important.

M. BAUCHET. J'ai observé déjà un assez grand nombre d'abcès profonds de la cuisse. Pour l'un d'eux, j'ai cherché avant de l'ouvrir l'artère fémorale : il était en effet placé en haut de la cuisse et suivant le trajet de l'artère. Mais dans les autres cas, il n'eût pas été possible de mettre en pratique le procédé indiqué par M. Sédillot. J'ai vu trois fois un de ces abcès profonds placé sur la face externe de la cuisse. Quatre autres fois un abcès profond siégeant sur la face antérieure, au-dessous du triceps. Dans tous ces cas, l'abcès ne remontait pas jusqu'au triangle de Scarpa.

Voilà donc huit cas, et sept fois il n'y avait pas à songer à pratiquer l'incision comme l'indique M. Sédillot.

Dans toutes ces observations, le fémur n'était pas dénudé, et la guérison a été complète. Ces abcès étaient survenus à la suite de marche forcée, de contusions, et deux fois au moins sans cause appréciable autre qu'une influence rhumatismale.

Dans six de ces derniers cas, j'ai incisé le foyer en traversant la couche musculaire et en dehors du droit antérieur. Ces incisions donnent beaucoup de sang; on passe au milieu de fibres musculaires étalées entre deux larges aponévroses qui restent écartées, et par chacune des lèvres de l'ouverture il tombe une grande quantité de sang. Si on n'y prend pas garde, le foyer se remplit de caillots, et plus tard ce sang mêlé au pus s'altère, la suppuration devient fétide,

et il peut survenir des accidents graves d'intoxication putride. Aussi l'incision faite, je place de la charpie entre les lèvres de la plaie pendant quelques heures, et je ne tiens à vider tout à fait le foyer qu'un peu plus tard.

On peut aussi pratiquer une simple ponction avec le trocart. C'est ce que j'ai fait une fois pour passer de suite un tube-séton. Le pus dans tous les cas s'échappe difficilement, reste dans le foyer et s'altère. Une seule fois la guérison a marché d'une manière très-simple; et je n'ai pas eu besoin de faire de contre-ouverture. Pour les autres observations (excepté celle où j'ai de suite passé un tube, comme le fait M. Chassaignac), aussitôt que le pus s'altérait, je faisais une contre-ouverture dans un point déclive, sur le bord externe et supérieur du losange poplité pour les abcès placés au-devant de la cuisse, et je passais ensuite un tube qui livrait un facile écoulement au pus, et me permettait de laver tous les jours le foyer avec de l'eau d'abord, avec de l'eau iodée ensuite. Je ne saurais trop recommander dans le traitement de ces abcès profonds l'usage des tubes à drainage.

M. LARREY dit, à l'occasion de cette discussion, qu'il a employé un procédé que M. Cloquet a mis en usage il y a plus de trente ans au moins; c'était l'emploi de sondes élastiques dans le traitement des abcès profonds de la mamelle. Il évitait avec soin de passer à travers les muscles, et laissait ces sondes à demeure.

M. HUGUIER. Pour les abcès profonds de la cuisse, il y a deux catégories : les uns sont logés à côté ou dans la gaîne des vaisseaux, et parmi eux il en est qui sont placés au-dessus de l'anneau du troisième adducteur, et pour les ouvrir il est bon de suivre le procédé de M. Sédillot. Il en est d'autres qui sont au-dessous de cet anneau, et qu'on pourrait appeler *poplités ;* ceux-là se montrent en dedans du creux poplité, en arrière du grand adducteur, et il ne faut pas songer, bien entendu, au précepte qui est utile pour les premiers. Mais il y a une seconde catégorie d'abcès tenant à une périostite ou à une nécrose, qui sont situés sur un point quelconque de la cuisse, et qu'il faut, bon gré, mal gré, ouvrir à travers les muscles et surtout à travers le vaste externe. Pour ceux-ci, ils ne suivent pas le trajet des vaisseaux, ils sont dans un point quelconque du pourtour du fémur.

Pour les abcès sous-claviculaires, je crois que nous suivons tous le conseil que vient de donner M. Sédillot. Pour ma part, je ne traverse jamais le grand pectoral. Ces abcès descendent dans l'aisselle; c'est par là qu'ils se développent, c'est par là qu'on les ouvre, qu'il faut les ouvrir. Ces abcès doivent être ouverts de bonne heure pour

éviter la gangrène et la destruction du tissu cellulaire du creux axillaire, et les fistules consécutives si longues, si interminables.

M. MOREL-LAVALLÉE. MM. Sédillot et Chassaignac donnent sans nul doute un bon conseil quand ils recommandent de chercher les vaisseaux importants avant d'ouvrir une collection profonde, si l'on est exposé à les blesser ; mais il est des cas où l'artère est déplacée, et où il est difficile, pour ne pas dire impossible, de la trouver. Voici un fait qui vient à l'appui de ce que j'avance : Un jeune homme entre dans mon service. Il avait un gonflement considérable de la partie inférieure de la cuisse, notamment dans le creux poplité, où on trouvait une collection inflammatoire franchement fluctuante. Je cherchai les battements artériels sans les trouver. Le foyer était profond, et je l'attaquai par le côté externe du creux poplité, en incisant avec précaution, couche par couche. J'ouvris ainsi l'abcès, et bien me prit d'agir avec prudence, car l'artère battait juste au milieu du losange poplité, et on sentait ses battements à la face postérieure de la tumeur. Je trouvai aussi le fémur dénudé. Le malade guérit par la compression.

M. VELPEAU. Je désire insister surtout sur l'anaplastie dont a parlé M. Sédillot. J'ai opéré plusieurs malades par un procédé à peu près semblable, et je n'ai eu qu'à me louer de celui que j'avais mis en usage. Je me souviens parfaitement de quatre ou cinq cas, dont le premier remonte à plus de vingt ans. Dans un cas, je fis deux incisions se réunissant en avant et circonscrivant un espace triangulaire à la partie antérieure ; une autre fois, cet espace triangulaire était postérieur. Dans une autre circonstance, je me bornai à aviver le pourtour de la fistule. Dans tous ces cas, la guérison fut obtenue sans que j'aie eu recours à aucune suture ; seulement je cautérisais souvent, pour faciliter la cicatrisation et le travail de retrait et d'appel de la cicatrice.

M. Velpeau cite alors deux de ses opérations, l'une qui a été faite sur un malade qui avait tenté de se suicider, et dont le nom a même retenti en cour d'assises il y a une vingtaine d'années. M. Velpeau l'opéra avant qu'il quittât la France. Un second avait une perforation spécifique de la voûte palatine. Un troisième avait été opéré de division du voile du palais, etc.

M. SÉDILLOT répond qu'il n'a pas eu l'intention de traiter complétement la question des abcès profonds de la cuisse ou de la région sous-claviculaire : ce n'est pas pour éviter un danger et suivre le précepte généralisé par M. Chassaiguac qu'il a agi ainsi, mais pour trouver un point favorable et déclive pour l'écoulement du pus. Le drainage, qui est un excellent moyen, ne remplace pas la déclivité, et l'ouverture que préconise M. Sédillot a ce dernier avantage. Pour

les abcès sous-pectoraux, sur lesquels a insisté M. Huguier, ils se dirigent vers l'aisselle, c'est évident; M. Sédillot n'a pas eu en vue les abcès axillaires ou sous-pectoraux proprement dits, mais les abcès franchement sous-claviculaires.

M. Sédillot termine en disant qu'il est heureux que M. Velpeau, dont l'opinion a un poids si immense et si juste, soit venu confirmer par son expérience les faits qu'il a avancés.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

M. LAMARE-PICQUOT présente un **séquestre énorme du tibia.** Son travail et la pièce sont renvoyés à une commission composée de MM. Chassaignac, Désormeaux et Foucher.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, E. BAUCHET.

Séance du 6 novembre 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

1° *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* (années 1849 à 1852), 2e édition. Paris, 1861, grand in-8°.

2° Ciniselli (Luigi), *Sur la résection des extrémités articulaires des os et sur les opérations sous-périostées* (en italien). Milan, 1861, in-8°.

3° Sistach, *Note sur le diagnostic différentiel du cancer des os et des tumeurs sanguines*. Paris, 1860, in-8°.

4° Baizeau, *De l'héméralopie épidémique*. Paris, 1861, in-8°.

Ces trois derniers ouvrages sont offerts à la Société par M. Larrey de la part des auteurs.

— M. Boinet dépose sur le bureau un manuscrit de M. le docteur Philippart, de Roubaix. Ce travail, composé de quatre observations de kystes de l'ovaire traités par l'injection iodée et la canule à demeure, est renvoyé à une commission composée de MM. Boinet, Huguier et Foucher.

L'auteur est candidat au titre de membre correspondant.

— M. Laborie présente un travail manuscrit de M. le docteur L. A. Petit, chef du service de santé à l'île de la Réunion, premier médecin en chef de la marine, etc., candidat au titre de membre correspondant.

Ce travail est intitulé : *Observations de chirurgie.* Commissaires : MM. Larrey, Huguier, Trélat.

— M. le docteur Luigi Porta, membre associé étranger à Paris, fait parvenir à la Société, par l'intermédiaire de M. Larrey, un mémoire intitulé : *Dell' angectasia* (sur l'angiectasie). Milan, 1861, in-4° avec deux planches.

M. Porta adresse en outre la lettre suivante, où il a exposé en abrégé le résultat de ses recherches microscopiques sur la structure des tumeurs érectiles :

« Messieurs, j'ai l'honneur de vous adresser un travail que je viens de publier en Italie, et dont voici une esquisse rapide.

Mon livre est une monographie sur l'angiectasie basée sur l'étude de cent cinquante et un cas, que j'ai recueillis dans mon service de clinique à Pavie et dans ma clientèle privée. J'expose et discute la nomenclature, les causes, le siége, la symptomatologie, tous les éléments, en un mot, qui ont rapport à l'histoire de la maladie. Je passe en revue les divers traitements conseillés depuis Jean Bell jusqu'à nos jours.

Toutefois la partie la plus étendue et la plus originale de mon travail repose sur l'étude anatomique et microscopique que j'ai entreprise dans le but d'élucider la structure intime des différentes espèces d'angiectasie. J'ai fait représenter dans les planches qui accompagnent mon mémoire les résultats auxquels je suis arrivé depuis la texture de la tache jusqu'à celle de la tumeur à toutes ses périodes.

Le microscope se prête à merveille à ce genre de recherches; la transparence des pièces bien préparées permettant de reconnaître parfaitement leur organisation à un grossissement de 36, 60, 100 diamètres, sans injection préalable.

La simple dissection permet de retrouver dans la tumeur érectile la tache de la peau, la couche granuleuse de nouvelle formation, qui forme le parenchyme, et la couche placée sous la membrane adipeuse. De ces éléments il n'y a que les deux premiers qui lui appartiennent en propre et la constituent réellement.

A première vue, la peau ne présente d'autres altérations que la tache et un repli qui la borde en dehors, comme fait le cercle pour un verre de montre ; repli constitué par la couche charnue placée au-dessous; elle conserve d'ailleurs ses caractères physiques de l'état

normal : épiderme, poils, glandes sébacées et sudorifères. Lorsque la maladie passe de l'état de tache à celui de tumeur érectile sous-cutanée, entre la peau et la membrane adipeuse, on découvre une couche charnue de nouvelle formation, rougeâtre, molle, fragile, granuleuse, de l'épaisseur d'un ou plusieurs millimètres, qui constitue le parenchyme de la tumeur. Si l'on enlève un grain de ce parenchyme à l'aide de pinces, on trouve qu'il a environ le volume d'un grain de millet. Si on l'étale sur une lame en verre, et qu'on l'observe au microscope, on reconnaît les trois éléments anatomiques qui le composent : cellules adipeuses, tissu cellulaire ou connectif, et anastomoses vasculaires. La trame celluleuse, très-mince et très-délicate, enveloppe partout ces anastomoses vasculaires, et en représente la partie fondamentale ; celles-ci figurent comme des nœuds, des volutes et des circonvolutions.

Les réseaux des anostomoses cutanées qui forment la tache se continuent avec les anastomoses agrandies de la couche charnue placée au-dessous.

Telle est la disposition de l'angiectasie artérielle, pourprée, érectile et pulsative, *qui est la plus fréquente*, et dans laquelle la production d'un parenchyme vasculaire de nouvelle formation pendant le cours de la maladie, prouve d'une manière positive que ce n'est pas une affection purement mécanique, c'est-à-dire une dilatation des vaisseaux capillaires primitifs, comme l'on a cru jusqu'ici, mais bien l'effet d'une métamorphose progressive, qui entraîne la genèse d'un nouveau tissu.

L'angiectasie veineuse, bleu céleste, qui manque de pulsations et de frémissements et jouit simplement de la propriété de se tendre et de se dégonfler, est plus rare et a son siége plus souvent dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux. Par sa structure, elle est également composée de réseaux et d'anastomoses veineuses dilatées, avec cette différence que dans la première les vaisseaux sont plus grands, souvent visibles à l'œil nu et plus ou moins déformés, irréguliers, boursouflés.

Je n'ai pas oublié non plus de traiter des autres espèces d'anévrysmes, tels que les anévrysmes cyrsoïdes ou cylindroïdes formés par le développement exagéré des artères de quatrième ou de cinquième ordre, qui sont placées au-dessus des vaisseaux capillaires ; l'anévrysme ou fongus pulsatile des os, et la tumeur sanguine aréolaire ou caverneuse qui présente, dans son parenchyme, des lacunes ou cavernes entre lesquelles le sang est épanché et résorbé par les vaisseaux artériels et veineux, comme l'ont observé J. Bella, Palett, MM. Cruveilhier, Robin, etc.

J'indique enfin les rapports que ces différentes espèces de tumeurs sanguines ont avec l'angiectasie capillaire que je tenais à décrire d'une manière particulière.

Tel est le travail scientifique sur lequel j'ai cru devoir fixer pour un instant votre bienveillante attention. »

M. CHASSAIGNAC : M. le professeur Porta dit que pour lui les tumeurs érectiles artérielles sont plus fréquentes que les tumeurs érectiles veineuses. Pour ma part, c'est tout le contraire que j'ai observé.

M. GUERSANT a fait la même remarque que M. Chassaignac pour les tumeurs érectiles des enfants.

Suite de la discussion sur les fistules pelviennes ou péri-rectales.

M. RICHET. Je prends la parole dans cette discussion, parce que j'ai pu observer un fait semblable à celui dont M. Verneuil nous a entretenus, et que le résultat que j'ai obtenu a été différent. Mais avant de rapporter ce fait et de m'appesantir sur les déductions pratiques qu'il m'a paru devoir fournir, je dirai quelques mots sur la dénomination de ces abcès. Je rejette l'expression d'abcès pelviens ; ils ne sont pas plus pelviens que ceux du creux ischio-rectal, que toutes les suppurations qui avoisinent le rectum.

Depuis que M. Velpeau a décrit la loge ischio-rectale, tous les auteurs qui se sont succédé ont reproduit avec plus ou moins de détails cette description. Il y a, en effet, autour du rectum un espace limité en dehors par l'ischion et l'obturateur interne, en dedans par le releveur de l'anus. J'ai appliqué à cette région le nom d'espace pelvi-rectal inférieur. J'ai décrit dans mon ouvrage un autre espace limité par la face supérieure du releveur de l'anus, le péritoine et le rectum, et que j'ai appelé par opposition espace pelvi-rectal supérieur. Cette disposition n'avait pas été indiquée avant moi.

Or il y a des abcès qui peuvent se développer dans l'espace pelvi-rectal supérieur, et en se développant fuser dans la fosse pelvi-rectale inférieure. Ces abcès sont accompagnés de désordres et d'un décollement considérables.

La cause de ces abcès réside ou peut résider souvent dans la vessie ou la prostate, qui n'est séparée de l'espace pelvi-rectal supérieur que par cette aponévrose de la prostate si bien décrite par M. Denonvilliers.

L'abcès que j'ai observé avait précisément son siége dans le creux pelvi-rectal supérieur, et, quoique le malade en rapportât l'origine à une violence extérieure, je pense bien plutôt qu'il avait eu sa source dans une affection de la prostate.

Voici du reste le fait que j'ai rencontré dans mon service à l'hôpital Saint-Louis :

Abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur. — Fistule ano-périnéale avec décollement profond. — Application de l'entérotome. — Guérison. — Ferdinand S..., âgé de trente-sept ans, encadreur, entre le 15 janvier 1861, salle Saint-Augustin, n° 19.

Ce malade, qui est très-fort et très-robuste, nous dit avoir toujours joui d'une excellente santé. Il n'a jamais été malade; il a seulement eu des plaques muqueuses au scrotum et dans la bouche il y a deux ans.

Au commencement de septembre 1860, il a vu survenir à l'anus une tumeur qui a acquis la grosseur d'un œuf de pigeon et qui a percé seule. Il en attribue l'origine à un coup, sans pouvoir rien préciser. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il eut à cette époque des rétentions d'urine, ce qui laisserait supposer qu'il avait quelque altération du côté de la vessie ou de la prostate.

Il alla consulter alors M. Devergie, qui le fit entrer dans son service à l'hôpital Saint-Louis. Là on reconnut une fistule à l'anus. On lui prescrivit un traitement antisyphilitique, et il subit plusieurs cautérisations avec le nitrate acide de mercure et le nitrate d'argent.

Après trois mois de soins infructueux, M. Devergie lui conseilla de passer en chirurgie, afin d'y subir une opération.

Il entra alors dans mon service, salle Saint-Augustin.

Nous constatons alors les phénomènes suivants : il existe à la partie antérieure du rectum un trajet fistuleux qui remonte si haut que le stylet ordinaire de trousse n'en peut atteindre les limites. Un autre trajet se dirige vers le périnée et va jusqu'à la racine des bourses.

Le malade souffre beaucoup, et ne peut ni marcher ni s'asseoir. Le suintement est assez considérable. On pratique pendant cinq ou six jours des injections iodées dans ces trajets. Mais comme elles occasionnent un gonflement notable qui persiste et des pertes de sang, on suspend ce traitement et on l'engage à changer d'air. On l'envoie à Vincennes le 23 février. Il y reste dix jours, quitte l'asile, et, un peu plus tard, le 23 mars, rentre dans mon service.

Redoutant des hémorrhagies qui auraient pu être difficiles à arrêter, vu la hauteur à laquelle il faudrait porter le bistouri, je me décide à employer l'entérotome selon le procédé de Gerdy.

Le 8 avril, je procédai à l'opération. Je fendis d'abord le trajet fistuleux qui se dirigeait vers la paroi antérieure du rectum, puis je pus porter le doigt dans la plaie et procéder à l'application de l'entérotome de Dupuytren, de la manière suivante :

Je retirai la vis qui unit les deux branches à leur partie inférieure, pour les désarticuler ; puis, le doigt introduit dans le rectum, je fis glisser dans le trajet la branche mâle de l'instrument. Cette branche une fois placée, je la fis tenir par un aide, et j'introduisis la branche femelle dans le rectum pour articuler l'instrument, comme on le fait pour le forceps, et pincer entre les mors de l'entérotome les parties qui séparent les deux branches.

Le malade ne ressentit qu'une très-légère douleur lors de cette application. L'instrument fut fixé par un bandage en T et solidement maintenu ; de la charpie fut interposée, afin que la partie inférieure de l'instrument ne pût pas blesser les parties voisines.

Six jours après, l'instrument tomba de lui-même, ayant toujours entre ses mors la partie mortifiée par la compression.

Le toucher rectal fait reconnaître alors que le trajet fistuleux n'est pas détruit dans toute sa hauteur, et que l'entérotome, malgré la profondeur de 10 centimètres à laquelle il avait été introduit, n'avait pas atteint le fond du décollement.

Le lendemain, j'appliquai de nouveau l'entérotome, et cette fois je compris entre les mors une cloison ayant 5 ou 6 centimètres au moins de longueur. L'instrument tomba seul au bout de quatre jours.

Le toucher démontre alors que le trajet fistuleux est maintenant complétement détruit.

Le malade n'éprouvant plus aucune douleur, n'ayant plus aucun écoulement purulent, en un mot étant bien guéri, nous l'envoyons à Vincennes, le 8 juin 1861.

Le 5 novembre, nous revoyons ce malade. Il est parfaitement bien portant, et toujours très-fort et très-vigoureux.

Depuis l'opération, il est atteint d'une légère incontinence de matières fécales, qui tend à diminuer tous les jours, à tel point qu'il nous dit lui-même qu'il est presque sûr que dans quatre ou cinq mois il sera parfaitement guéri de cette petite infirmité.

Par le toucher rectal, on constate que la face antérieure du rectum est occupée par une cicatrice assez large, en forme de gouttière, que le doigt suit avec assez de facilité et qui se termine à la partie supérieure par une petite tuméfaction du volume d'un pois, qui se trouve à 8 ou 9 centimètres de l'anus.

Je pense que dans des cas semblables à celui-ci, quand le décollement remonte asssez haut, au point d'atteindre l'espace pelvi-rectal supérieur, il faut préférer l'application de l'entérotome à tout autre procédé.

L'écraseur produit une solution de continuité, une fente, et n'a sur le bistouri d'autre avantage que celui de pouvoir éviter une hé-

morrhagie. Cette incision ne suffit pas ; il faut produire une perte de substance dans le rectum, et l'entérotome remplit très-bien cette indication. Cet instrument s'applique assez facilement, et son emploi met à l'abri des hémorrhagies encore mieux que l'écraseur.

J'ajouterai qu'il n'a produit que peu de douleur la première fois, et moins encore la seconde, et qu'il n'a pas été nécessaire de recourir à la chloroformisation.

M. BOINET. Je ne veux parler que des fistules péri-rectales remontant très-haut. J'en ai observé cinq cas. La guérison peut être obtenue de plusieurs manières, et je puis dire que je connais trois modes de guérison : les injections iodées, l'application de l'entérotome, et enfin une observation sur laquelle je reviendrai tout à l'heure et dans laquelle la guérison a été obtenue d'une manière toute particulière et peu ordinaire.

J'ai beaucoup étudié les effets des injections iodées ; mais il y a des cas où il ne faut pas y avoir recours, ainsi quand il existe un décollement considérable et que la muqueuse est amincie. Pour faire ces injections, il faut ouvrir assez largement les trajets et ouvertures fistuleuses. Pour faire ces débridements, je me sers d'un instrument ressemblant beaucoup aux uréthrotómes. Je n'ai jamais recours aux injections que quand j'ai fait ainsi une voie assez large et dans laquelle je pénètre facilement.

Dans d'autres cas, je me sers de l'entérotome, c'est ainsi que j'opérai dans un cas où tout le pourtour du rectum était criblé de fistules. J'ai vu le malade avec notre maître M. Velpeau. Je fis trois applications de l'entérotome à des intervalles éloignés et quand la plaie résultant de la première application était guérie. Il reste chez ce malade une incontinence légère de matières fécales et qui diminue de jour en jour.

Je me sers pour ces opérations d'un entérotome modifié, et dans lequel les mors sont plus longs. De cette manière, une seule application suffit pour arriver au sommet du décollement.

Dans une circonstance, voici ce qui m'est arrivé :

Un malade avait une fistule sans communication avec le rectum. Je voulus débrider, et l'instrument fendit l'intestin. Une injection iodée détermina des douleurs excessivement vives, car il est à remarquer que les injections sont surtout très-douloureuses quand le liquide pénètre dans la cavité du rectum. A partir de ce jour, le malade ne voulut plus se soumettre à aucune exploration. Il guérit. Le pus s'écoulait librement par le rectum, la plaie se détergea et la cicatrisation se fit complétement.

M. VERNEUIL. Avant que la discussion se prolonge, je désire ajou-

ter un mot pour compléter ma communication : Je ne pense pas qu'il puisse s'établir ici un parallèle entre les avantages et les inconvénients de l'écraseur et de l'entérotome. Pour ma part, je n'ai employé l'écraseur que par suite d'une erreur de diagnostic, ou par suite d'un diagnostic incomplet. Je croyais avoir atteint, par l'exploration à laquelle je m'étais livré, les limites du décollement. Si j'avais supposé que le mal remontât si haut, j'aurais bien certainement employé de préférence l'entérotome. Je ne crois pas que l'écraseur fût ici indiqué.

— La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. LABORIE présente un malade atteint d'une **fausse ankylose du coude droit.**

Ce jeune homme, d'une bonne constitution, âgé de dix-huit ans, exerçant la profession de bijoutier, a été atteint, il y a six mois environ, d'une arthrite rhumatismale. L'articulation du coude droit, spécialement affectée, est restée malade. Lorsque ce jeune homme est entré dans mon service il y a une dizaine de jours, il m'a donné sur le mal dont il est atteint, sur le traitement qu'il a suivi, les détails que j'ai l'honneur de vous transmettre.

L'inflammation fut vivement combattue d'abord par des antiphlogistiques, qui firent disparaître après un certain temps les symptômes aigus ; mais l'arthrite aiguë ne fit que se transformer en arthrite chronique, et peu à peu, malgré les soins donnés, l'avant-bras se porta dans l'extension et s'y maintint. On eut recours à l'emploi de cautères, de frictions, de massages, sans pouvoir ramener le membre dans la flexion ; on fit des tentatives pour la produire violemment, et on se servit d'une mécanique, le tout sans résultat. Je dois dire que jamais on n'employa le chloroforme.

Comme on peut le voir, la santé générale de ce jeune homme est parfaite. Le membre ne présente pas d'amaigrissement ; la jointure est médiocrement déformée. Si on cherche à fléchir l'avant-bras, on n'obtient qu'une mobilité presque insensible ; les mouvements de pronation et de supination sont aussi presque absolument abolis.

J'ai l'honneur de soumettre ce malade à votre examen pour savoir si une opération n'est pas indiquée. Ce jeune homme, qui est bijoutier, ne peut plus faire son état ; la main droite ne pouvant être rapprochée du corps, il lui devient impossible de se livrer à une occupation qui demande que les objets travaillés soient rapprochés des yeux. Mon intention serait, sauf l'avis de mes collègues, de rompre cette fausse ankylose après avoir produit le sommeil anesthésique,

et, si l'opération réussit, de maintenir l'avant-bras dans la flexion à angle droit, si l'on ne peut espérer rétablir les mouvements de l'articulation.

M. VERNEUIL pense qu'il ne faut pas hésiter, dans ce cas, à transformer la position actuelle du membre en une ankylose angulaire. On doit agir directement et avec force, après avoir soumis le jeune homme à l'influence de l'anesthésie.

M. BAUCHET. Je pense aussi qu'il faut agir dans ce cas, et je m'appuie sur deux faits que j'ai rencontrés. Mais je ne crois pas qu'il faille de suite se borner à chercher une ankylose angulaire. Certainement le malade gagnerait déjà beaucoup, mais peut-être peut-il gagner encore davantage. Dans un des cas que j'ai rencontrés, je n'ai obtenu qu'une flexion à angle dépassant l'angle droit; le blessé se sert très-bien de la main. Dans l'autre, le jeune homme a recouvré tous ses mouvements, flexion et extension complètes, pronation, supination, etc. J'ai déjà présenté le malade à la Société : c'est un élève en pharmacie. Depuis cette époque, il a gagné encore, et aujourd'hui il se sert de son membre blessé comme de l'autre.

J'ajouterai, pour répondre à une objection qui avait été faite lors de la dernière discussion, que ce jeune homme a eu une inflammation de l'articulation, une arthrite blennorrhagique, que la phlegmasie a porté sur la synoviale, et qu'elle a été suivie de la formation de plusieurs abcès péri-articulaires.

M. CHASSAIGNAC pense aussi qu'il ne faut pas hésiter à faire des tentatives pour rompre cette ankylose. Il ne voit aucun signe de suppuration passée ou présente autour de l'articulation; il n'y a pas de douleur; il n'y a aucune contre-indication. Il préférerait, au lieu de se servir d'une machine, placer le pli du bras sur l'épaule, et agir fortement en se servant de l'extrémité de l'avant-bras comme d'un levier. Le chirurgien peut plus aisément, de cette manière, graduer la force qu'il emploie.

M. LARREY. Dans des cas semblables, non-seulement l'avant-bras et le bras sont en ligne droite, mais l'avant-bras a une tendance extrême à se porter de plus en plus en pronation forcée. C'est, du reste, ce qu'on observe déjà chez le jeune homme qui nous est présenté. Aussi je m'associe à l'opinion de mes collègues, et je pense qu'il faut non-seulement fléchir l'avant-bras, mais encore lutter contre cette position vicieuse si défavorable pour l'usage du membre.

M. HUGUIER partage la même opinion. Ce jeune homme est dans de bonnes conditions; il n'est ni lymphatique, ni scrofuleux. Quand l'une de ces dernières dispositions existe, il peut survenir des acci-

dents inflammatoires, et consécutivement une tumeur blanche. Il a observé une fois cet accident. Il partage aussi l'idée émise par M. Larrey, et ajoute que dans ce cas il semble exister une pseudo-ankylose de l'articulation radio-cubitale supérieure.

M. BROCA. Tout le monde me paraît d'accord sur ce point qu'il faut agir. Mais pour arriver à un résultat il y a deux manières de procéder : ou bien agir graduellement, lentement, ou bien avoir recours à des moyens brusques, instantanés. M. Verneuil s'est prononcé pour la rupture immédiate ; mais on se condamne alors à avoir le coude dans une position fixe. Je pense qu'il est préférable de suivre le conseil donné par M. Bauchet, et de chercher à rétablir les mouvements par des efforts graduels. C'est ce que j'ai fait chez un jeune homme qui avait une déviation de la hanche. J'ai employé une trentaine de séances ; je n'ai pas été de suite jusqu'à la rupture complète des adhérences qui maintenaient le membre dans une position anormale. J'ai employé des manipulations un peu violentes. Ce jeune homme a maintenant le membre dans une position rectiligne, et de plus jouit de mouvements et boite peu. Il peut venir de Paris à Bicêtre à pied.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai vu M. Gerdy rompre de ces pseudo-ankyloses. Quand l'articulation n'est pas détruite, on peut provoquer une inflammation et une tumeur blanche. J'ai rompu un certain nombre de fois des ankyloses, souvent avec des résultats satisfaisants. Récemment encore, j'en ai rompu une du genou. J'ai senti, au moment de la rupture, un craquement très-fort : il n'y a pas eu d'accidents. J'ai ensuite fait exécuter des mouvements ; j'ai recommandé à la malade d'en faire elle-même en s'asseyant sur le bord de son lit et en fléchissant ainsi la jambe. Le résultat est satisfaisant ; la malade marche mieux et sans faucher, comme elle faisait auparavant.

M. VERNEUIL. Je m'étais d'abord borné à donner des renseignements sommaires et à exprimer mon opinion sur le fait qui nous était présenté. Il y a peu de cas dans lesquels on peut compter sur un succès complet ; et celui de M. Bauchet est une heureuse exception. J'ai fait des tentatives à l'hôpital des Enfants ; je me suis servi de machines. Il m'est arrivé d'obtenir des résultats d'abord satisfaisants, mais quinze jours après les accidents s'étaient reproduits. Et encore, si ces petites manœuvres étaient innocentes ! Elles sont douloureuses et quelquefois autant que la rupture complète des adhérences.

Ces considérations m'ont décidé à adopter la marche que j'ai conseillée. Je préfère donc la rupture brusque, et je me sers des mains. Il m'est arrivé une fois de casser l'olécrâne, et il n'est survenu aucun accident.

M. BAUCHET. Dans le fait que j'ai, il y a un instant, rappelé, la guérison s'est maintenue depuis plus de trois mois, et elle est complète. J'ajouterai que l'on ne peut rien promettre à l'avance. Il faut tâcher d'obtenir le plus qu'on peut et d'arriver à rendre les mouvements au membre; mais ce résultat n'est pas toujours possible. Dans un cas, j'ai dû me contenter d'une ankylose angulaire au lieu d'une ankylose rectiligne.

M. GUERSANT pense qu'il faut agir lentement. Il a vu les extensions graduées amener de bons résultats.

M. RICHARD. Je n'ai pas beaucoup vu par moi-même; mais ce que j'ai vu me donne confiance qu'on peut obtenir beaucoup. Dans de telles tentatives, je me sens soutenu par la foi de voir ces affections céder à des soins prolongés. J'ai beaucoup étudié les résultats de Bonnet et sa manière d'agir. Or, je ne pense pas que si Bonnet avait vu le malade, il eût de suite donné le conseil de rompre brusquement cette ankylose. Il eût commencé par assouplir les tissus, par faire rendre à l'articulation tout ce qu'elle peut encore donner, par l'habituer aux manœuvres; puis il aurait agi plus énergiquement. Il faut du temps et de la patience. C'est cette pratique que je crois devoir adopter.

M. CHASSAIGNAC. Il y a dans ce fait deux points à examiner :

1° Faut-il agir brusquement ou lentement?

2° Faut-il de suite tenter d'obtenir une ankylose dans une position plus favorable, ou faut-il essayer de rendre les mouvements à cette articulation?

J'ai déjà, dans une autre discussion, exprimé mon opinion à cet égard. Il faut d'abord essayer de conserver les mouvements par des tentatives répétées et plus ou moins rapprochées, suivant les accidents qui se présentent. Il faut agir énergiquement dès le début, et voir ce qui se passe ultérieurement. J'ai vu des cas où tout essai de rendre les mouvements était inutile. Alors il faut bien se contenter d'obtenir une ankylose dans une position plus favorable.

M. VOILLEMIER, La conduite à suivre est essentiellement différente suivant les cas. Il faut surtout distinguer ceux dans lesquels il y a soudure des os de ceux où il n'y a qu'une rigidité des parties fibreuses extra-articulaires. Dans les premiers, les tentatives lentes pour vaincre l'ankylose sont impuissantes, et les tentatives brusques produisent inévitablement une fracture plus ou moins près de l'articulation. Malgré cet inconvénient sérieux, on peut les employer quand on compte, en donnant au membre une position nouvelle, en étendre les usages. On n'a point détruit l'ankylose, mais changé la disposi-

tion des leviers. J'ai eu l'honneur de présenter à la Société, il y a deux mois, un homme dont les deux coudes étaient ankylosés, les avant-bras étant dans l'extension. Il s'agissait d'une soudure osseuse. En présence de notre collègue M. Foucher, j'eus recours à la flexion brusque, après avoir chloroformé le malade. A droite, il y eut arrachement de la trochlée humérale, et à gauche il se produisit une véritable fracture transversale de l'humérus, à 2 centimètres environ de l'articulation. Les avant-bras furent placés dans la demi-flexion. Le malade guérit sans le moindre accident, et il avait beaucoup gagné à cette opération.

Quand l'abolition plus ou moins grand des mouvements tient à la rigidité des liens fibreux, on doit recour aux tentatives lentes et modérées à l'aide des mains et des machines. On a lieu d'espérer une guérison par ces moyens prudents, tandis que des mouvements brusques et violents pourraient déterminer de graves accidents inflammatoires. Car il faut encore distinguer les cas où la maladie, ordinairement rhumatismale, qui a déterminé l'ankylose a porté seulement sur les tissus fibreux de l'articulation, de ceux où elle a altéré la synoviale. Si cette membrane a été fortement intéressée, bien que ses adhérences soient assez faciles à rompre, et que l'on puisse ramener les mouvements, ce succès est de courte durée. On voit peu à peu les mouvements diminuer d'étendue et l'ankylose se reproduire. En ce moment même j'ai dans mon service deux cas de ce genre.

M. LABORIE. M. Jamain a déjà fait des tentatives modérées avec des machines, et n'a rien obtenu. Je remercie mes collègues des avis qu'ils ont donnés, et je tiendrai la Société au courant de ce qui pourra se présenter.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, BAUCHET

Séance du 13 novembre 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. LABORIE dit qu'il a rompu l'ankylose du coude chez le jeune homme qui a été présenté dans la dernière séance. Les efforts nécessaires ont été faits pendant que ce garçon était soumis à l'influence du chloroforme, et la flexion a été

telle qu'on a pu immédiatement lui faire toucher l'épaule avec la main.

M. Laborie fera connaître plus tard le résultat définitif de cette opération.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Appia (de Genève) adresse à la Société un opuscule intitulé : *De l'œil vu par lui-même ;* Genève, 1861, in-8°, pl.

— La Société a reçu en outre le tome II de la 3e série des *Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie;* Paris, 1861, gr. in-8°.

— M. le président annonce à la Société que quatorze places de membres correspondants sont vacantes. La commission demande que le nombre des places déclarées vacantes, et qui était de six, soit augmenté. M. le président propose de porter ce nombre à huit, vu le nombre et l'importance des candidats. Adopté.

Suite de la discussion sur les fistules péri-rectales.

M. HUGUIER profite de l'occasion que vient de lui fournir la discussion actuelle, pour soumettre à la Société le procédé qu'il a choisi dans l'opération des fistules à l'anus, procédé dont il fait ressortir les avantages. L'écraseur de M. Chassaignac a sans doute l'avantage de prévenir les hémorrhagies, mais avec *l'emploi du spéculum bivalve,* dit *à bec de cane,* on opère à découvert, et il est toujours facile d'arrêter les pertes de sang : il est aisé de pratiquer la ligature des vaisseaux et de jeter un fil en se servant d'une pince, ou mieux d'un ténaculum. On peut aussi attacher une serre-fine avec un lien qui ressortira par l'anus, et pincer avec cette serre-fine le point par où se fait l'hémorrhagie. Cette petite pince, à pression continue, reste en place pendant quelques jours, et le fil empêche qu'elle ne se perde dans l'intestin ou la plaie. Il est facile aussi, grâce à l'emploi du spéculum, d'appliquer, s'il y a eu écoulement sanguin en nappe, une boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer.

Par ce procédé, on s'assure aisément de l'existence de clapiers, des décollements, et l'on peut couper avec des ciseaux les lambeaux flottant dans la plaie ou recouvrant les clapiers, ou cautériser et détruire avec le nitrate d'argent les trajets fistuleux. Le spéculum, en un mot, rend cette opération facile, et permet d'éviter les récidives.

M. Huguier ajoute que l'on peut ainsi placer plus facilement la mèche qui doit tenir écartées les lèvres de la plaie.

M. CHASSAIGNAC a toujours pensé que l'opération de la fistule anale était simple, et, dans presque tous les cas, suivie de guérison,

quelque procédé que l'on choisit. Il s'étonne que l'on cherche en quelque sorte à rendre cette opération si difficile. Il s'élève contre les difficultés et les récidives signalées par M. Huguier. Il n'est pas besoin de se servir d'un spéculum, et l'opération la plus simple réussit aussi bien que celle qui est pratiquée avec tous ces instruments.

M. Chassaignac avait conseillé l'usage de l'écraseur pour remplacer le bistouri, pour se mettre sûrement à l'abri de toute hémorrhagie : la plaie qui en résulte lui semblait dans de meilleures conditions que celle que l'on fait avec l'instrument tranchant. M. Richet a donné une préférence marquée à l'excision, et M. Chassaignac ne voit pas quels avantages cette méthode a de plus que la simple incision. Quant aux injections iodées, notre collègue les a abandonnées. Pour les fistules qui sont peu profondes, elles ne donnent aucun résultat; pour celles qui remontent plus haut, l'injection offre l'inconvénient de laisser passer la teinture d'iode dans le rectum, ce qui rend l'opération très-douloureuse. Si les séreuses en effet supportent très-bien le contact de la solution iodique, il en est tout autrement des muqueuses.

M. Chassaignac pense enfin qu'il ne faut pas admettre trop facilement l'emploi de l'entérotome dans le traitement des fistules anales.

L'application de cet instrument, qui reste ainsi en place pendant un septénaire, est par trop gênante, douloureuse, dangereuse même. M. Boinet va même plus loin que M. Richet, et il a inventé un instrument avec des mors plus longs encore que ceux de l'entérotome ordinaire. Que Gerdy, frappé de l'innocuité de l'application de l'entérotome dans le traitement de l'anus contre nature, et craignant d'ouvrir le péritoine dans l'opération des fistules anales, ait eu l'idée de généraliser l'emploi de cet instrument, cela peut se comprendre, et encore dans certains cas; mais il serait dangereux de trop préconiser ce moyen.

Enfin, M. Chassaignac cite un travail de notre collègue M. Trélat sur l'emploi de l'entérotome.

M. BOINET. M. Chassaignac est sorti du terrain sur lequel était placée la discussion. Il ne s'agissait pas en effet du traitement des fistules à l'anus en général, mais de certains décollements spéciaux, bien précisés par M. Richet, placés autour du rectum et remontant très-haut. Ces fistules sont borgnes-externes, et ne peuvent être attaquées par le bistouri. C'est pour elles qu'il a imaginé la modification de l'entérotome dont il a parlé, et ce sont ces décollements qu'il avait en vue quand il a pris la parole dans la dernière séance.

M. Boinet ajoute qu'il ne croit pas qu'il soit nécessaire d'arriver

même tout à fait jusqu'au sommet du clapier pour que la guérison puisse être obtenue.

Il termine en combattant l'assertion de M. Chassaignac sur les injections iodées.

Pour lui, le contact de la solution iodique est plus douloureux pour les séreuses que pour les muqueuses. Ces dernières membranes le supportent très-bien, et la teinture d'iode ne provoque des cuissons vives et intolérables parfois que quand elle touche un orifice, soit l'anus, soit la vulve, soit les lèvres.

M. RICHET. Je dirai avec M. Boinet que M. Chassaignac a fait dévier la discussion. Il ne s'agit pas pour le moment du traitement des fistules à l'anus, et ce n'est pas pour elles que j'ai vanté l'usage de l'entérotome. J'ai bien précisé, au contraire, les cas pour lesquels on pourrait avoir recours à son emploi. Le traitement des fistules par l'excision n'est pas en cause ici, je n'en parlerai donc pas, bien que ce soit une méthode que je préfère à l'incision pure et simple. M. Chassaignac ne devrait pourtant pas sortir de la question, lui qui avait cherché à bien préciser les abcès dont il s'agit, et avait proposé de les désigner sous le nom d'abcès pelviens : dénomination à laquelle j'ai préféré celle d'abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur.

La question ainsi replacée sur son véritable terrain, j'ai donné les raisons qui m'ont fait rejeter l'emploi de l'écraseur et préférer celui de l'entérotome; je n'ai pas à revenir sur ce point.

M. CHASSAIGNAC maintient ce qu'il a avancé relativement à la douleur provoquée par le contact de la teinture d'iode sur les membranes séreuses ou muqueuses.

M. GOSSELIN. J'établis une distinction entre les cas où l'on applique l'entérotome immédiatement après l'opération, et ceux où on l'applique consécutivement. Je n'ai pas eu l'occasion de faire l'application immédiate. J'ai bien rencontré quelquefois un décollement qui remontait au delà des limites atteintes par le doigt, et plus haut que je n'avais pu le prévoir. Je n'avais pas d'entérotome sous la main. J'ai attendu, et j'ai fait les pansements ultérieurs avec plus de soin encore qu'à l'ordinaire, afin de favoriser le recollement par la compression, et je dois dire que dans les deux ou trois cas de ce genre dont j'ai conservé le souvenir, la guérison a été obtenue. Je crois donc qu'il n'y a pas lieu de se presser d'appliquer l'entérotome.

Quant à l'application consécutive, je l'ai faite deux fois pour des malades chez lesquels le décollement s'était opéré consécutivement à l'opération, et par le développement d'une inflammation diffuse pro-

pagée le long de la paroi rectale. Or les malades non-seulement ont bien guéri, mais ont supporté, sans trop se plaindre, l'entérotome pendant huit ou dix jours. Je ne m'associe donc pas, d'après ce que j'ai vu, aux craintes exprimées par M. Chassaignac sur la douleur qu'occasionnerait ce procédé.

Discussion sur le traitement des hernies ombilicales, à propos d'un travail de M. Goyrand, lu dans la séance du 12 juin.

M. HUGUIER. Je désire d'abord, Messieurs, préciser les conditions qui ont amené, fait naître, et retardé la discussion.

Une malade m'avait fourni l'occasion d'une observation des plus curieuses et des plus intéressantes. C'était une femme atteinte tout à la fois d'une tumeur de l'ovaire gauche, d'une hydropisie ascite, de péritonite chronique et d'une ancienne hernie ombilicale. La hernie s'était réduite par suite de la distension des parois abdominales et de l'ascension du paquet intestinal; le liquide séreux s'était accumulé dans le sac, et après avoir aidé à en faire sortir l'intestin, il l'avait rempli au point de former une poche distendue, fluctuante, molle, et d'une transparence remarquable.

Aucun des médicaments préconisés dans ces circonstances ne réussissant, et l'hydropisie augmentant toujours, je me décidai, pressé surtout par la malade, qui réclamait la ponction à chacune de mes visites, à pratiquer la paracentèse.

Le second jour, la hernie se reproduisit avec tous les signes de l'étranglement. La poche était distendue, douloureuse; l'abdomen était aussi très-sensible à la pression; le sac était violacé. Prévoyant à l'avance tous les dangers d'une opération pratiquée dans ces circonstances, sachant par expérience la gravité de la kélotomie dans les hernies ombilicales, je me décidai à abandonner cette affection aux efforts de la nature. M. Gosselin, mon collègue à l'hôpital Beaujon, partagea mon opinion; j'attendis.

Le sac se gangréna, il se forma un anus contre nature; puis les accidents disparurent, l'anus se ferma, et la malade guérit.

Ce fait m'avait porté, à la fin d'une discussion sur les hernies, il y a plus de quatre mois, à formuler devant la Société la proposition suivante :

Dans la hernie ombilicale étranglée, qu'elle soit seulement intestinale ou entéro-épiploïque, il serait peut-être préférable d'abandonner la hernie aux efforts de la nature, en surveillant et en combattant les complications, que de pratiquer l'opération de la kélotomie complète.

J'émettais le vœu que la Société entamât bientôt une discussion

sur ce sujet, et je faisais appel à mes collègues pour tâcher de résoudre cette importante question.

Un des chirurgiens les plus distingués de la province, membre correspondant de la Société, M. Goyrand (d'Aix), y a répondu. Il est partisan de l'opération, ainsi qu'il le dit dans son travail, sous forme de lettre, lu dans la séance du 12 juin. Il invoque à l'appui de son opinion un certain nombre d'arguments que je vais vous rappeler brièvement.

Dans les cas désespérés, dit M. Goyrand, il vaut mieux adopter le précepte de Celse : *Melius anceps quam nullum*. Je suis de l'avis de M. Goyrand, à la condition que le remède ne sera qu'incertain, et qu'on ne pourra pas lui appliquer cette juste réflexion de Marius, qui, en parlant de l'extirpation des varices dont il était atteint, disait que le *remède était pire que le mal*.

M. Goyrand pense qu'il y aurait imprudence à repousser dans le ventre, par un taxis prolongé et forcé, l'intestin, avant de l'avoir mis à découvert et examiné avec attention.

A en juger par trois opérations de hernies ombilicales qu'il a pratiquées avec succès, M. Goyrand est porté à croire que l'étranglement de la hernie ombilicale n'est pas plus grave dans cette hernie que dans les hernies inguinales et crurales. « Evidemment, ajoute » M. Goyrand, j'ai rencontré une série heureuse ; mais M. Huguier, » de son côté, ne serait-il pas tombé sur une mauvaise série ? »

Non, pour l'un ou l'autre de nous, ce n'est pas une série de faits heureux ou malheureux, car ils se sont présentés à des intervalles trop éloignés. Le premier fait de notre confrère est de 1836, le second (un an après) de 1837, et le troisième (quinze ans plus tard) de 1853.

Au moment où arriva la lettre de M. Goyrand, un concours, dans lequel j'étais juge, me tenait éloigné de la Société. Par une marque de bienveillance dont je remercie mes collègues, la discussion fut remise, et le nombre de nos travaux était tel qu'elle a été reculée jusqu'à présent.

Les raisons qui m'ont déterminé à porter cette question devant la Société m'ont paru assez considérables.

Pendant mon internat, j'ai vu des opérations pratiquées dans des cas de hernie ombilicale étranglée par Dupuytren, Richerand, Gerdy, et un quatrième chirurgien qui vit encore : autant d'opérations, autant de morts.

Pour ma part, j'ai fait sept fois la kélotomie dans des cas semblables ; 3 fois en ville, 4 fois à l'hôpital : 7 opérations, 7 morts.

J'ai fait une enquête sommaire auprès de quelques-uns de nos

collègues ; je leur ai demandé des renseignements tirés soit de leur pratique, soit de leurs souvenirs. Voici le résultat de cette enquête, à laquelle il ne faut pas attacher , bien entendu, la valeur d'une statistique faite par chacun de nous avec des notes précises , mais qui a néanmoins une importance capitale :

MM. Gosselin. . . . . 4 opérés 4 morts.
Son oncle, M. Jacquemin. — — 1 succès.
Guersant. . . . . 2 2 —
Broca. . . . . 2 — 2 — —
(Ces deux opérations ont été pratiquées , l'une par Blandin , l'autre par A. Thierry.)
Demarquay. . . . . . 4 opérés 4 morts.
Giraldès. . . . . , . 2 — 2 —
Deguise fils. . . . . . 2 — 2 —
Boinet.. . . . . 2 opérés (par Samson) 2 morts.
Morel-Lavallée a vu opérer un ou deux malades par ses anciens chefs : les opérés sont morts.
Bauchet. . . . . 1 opéré (par Desprès) 1 mort.
Richet.. . . . . 2 opérés 1 mort 1 guéri.
Follin.. . . . . 1 — — 1 guéri.

Continuons, et arrivons aux cas où il n'a pas été fait d'opération :

MM. Boinet. . . . 1 cas 1 guérison.
Bauchet.. . . . 1 — 1 — } avec ou sans anus
Broca.. . . . 2 — 2 — } contre nature.

Je n'ai pas besoin d'insister sur la valeur de ces résultats au point de vue où je me suis placé. Mais quelles sont les causes qui rendent si grave l'opération de la hernie ombilicale ?

Boyer attribue cette gravité à l'intensité des symptômes d'étranglement , à la gangrène qui se déclare plus promptement que dans toute autre hernie, et à ce qu'on pratique l'opération presque toujours trop tard.

M. Velpeau, sans se prononcer affirmativement , attribue les causes de la plus grande gravité de l'opération de la hernie ombilicale à ce qu'on agit près de l'estomac et du diaphragme, à ce que les organes herniés ont des rapports immédiats avec l'estomac , à ce qu'on ne se décide à opérer qu'à une période trop avancée de la maladie , à ce qu'après l'opération il est impossible de mettre la plaie dans une position déclive : le pus et autres liquides hétérogènes étant ainsi forcés de tomber dans le péritoine.

Les causes qui rendent l'étranglement de la hernie ombilicale et l'opération qu'il peut nécessiter plus graves que dans les autres her-

nies sont, pour moi, de deux ordres : les unes primitives, et qu'on peut appeler anatomo-pathologiques ; les autres chirurgicales, opératoires et consécutives.

Dans les premières, nous rangerons les suivantes :

1° L'ouverture abdominale, en général circulaire ou ovalaire, étroite, résistante, mince, détermine une action contondante énergique et presque tranchante.

2° La disposition ombelliforme ou champignonnée des parties herniées donne à la tumeur un pédicule étroit correspondant à une masse considérable sortie par l'anneau ombilical.

3° Le peu d'épaisseur des enveloppes qui dispose de trois manières aux accidents qui peuvent se présenter : par froissement des parties herniées dans le taxis ; par l'inflammation plus facile de ces enveloppes distendues et affaiblies ; par leur rupture possible dans un effort (Boyer en rapporte un exemple), une chute, un coup. On peut même ajouter, comme nous le verrons dans un instant, que pendant le premier temps de l'opération cette disposition expose à la lésion des organes herniés.

4° L'absence ou la petite quantité de sérosité dans le sac.

5° La gangrène fréquente du sac.

6° Le volume considérable de la tumeur, et par conséquent son irréductibilité plus fréquente, résultant aussi des adhérences qui se sont établies et de l'embonpoint du sujet.

7° Le voisinage de l'étranglement de la cavité péritonéale ; circonstance qui prédispose à la péritonite pariétale et viscérale. Nous verrons cette cause prédisposante jouer un grand rôle dans l'étude des causes chirurgicales ou consécutives.

Arrivons maintenant au deuxième groupe de causes que nous avons appelées chirurgicales ou consécutives :

1° Dans le premier temps de l'opération, lésion facile des parties herniées, à cause du peu d'épaisseur des enveloppes, l'absence fréquente de sérosité, l'existence des adhérences nombreuses viscérales et péritonéo-viscérales. Lassus dit que cet accident lui est arrivé ; Boyer avance que la peau devient si mince, qu'on aperçoit au travers les circonvolutions intestinales, et qu'on ne peut l'inciser sans ouvrir en même temps quelques-unes de ces circonvolutions. C'est dans ces circonstances qu'il est quelquefois difficile d'éviter l'épiploon. J'ai vu un cas fort remarquable dans lequel cette lésion a été faite.

2° Nécessité dans la grande majorité des cas, pour arriver à l'intestin, de passer à travers l'épiploon qui est blessé, et qu'on réduit ensuite dans le ventre.

3° L'irruption subite des parties herniées à travers l'incision des

enveloppes. Boyer, dans un exemple curieux qu'il rapporte, ne put pas terminer l'opération et lever l'étranglement; il fut obligé de pratiquer de suite la suture du pelletier, pour ne pas laisser les intestins à découvert. J'ai rencontré deux fois cette complication, et je n'ai pas pu arriver à l'étranglement.

4° Difficultés extrêmes que l'on rencontre après avoir découvert les parties et débridé, pour réduire la hernie; et même quelquefois impossibilité absolue d'opérer cette réduction.

5° Proximité de la plaie du débridement du péritoine pariétal abdominal, qui est nécessairement blessé. Dans les hernies inguinales et crurales, et surtout dans ces dernières, le sac est infundibuliforme; il forme pour ainsi dire un appendice du péritoine; l'étranglement est à une certaine distance de la grande cavité péritonéale: circonstance toute différente de ce qui se passe pour la hernie ombilicale.

6° Le voisinage très-rapproché du sac détermine bien plus vite, et d'une manière bien plus inévitable que dans les autres hernies, la propagation de l'inflammation du sac au péritoine.

7° La position déclive de l'ouverture herniaire débridée, agrandie, fait, comme l'observe très-bien M. Velpeau, que le sang, le pus, les liquides de la décomposition organique, peuvent facilement s'infiltrer dans la cavité du péritoine.

J'ajouterai que pour moi le sang est loin d'être un liquide peu offensif. J'ai vu parfois une petite quantité de sang déterminer une péritonite foudroyante. Pour être moins irritant que la bile ou l'urine, le sang n'en est pas moins un liquide excessivement dangereux quand il tombe dans la cavité péritonéale.

En résumé, dans la hernie ombilicale étranglée plus que dans toute autre hernie, on devra insister sur les moyens propres à obtenir la réduction. La kélotomie complète, c'est-à-dire avec tous ses temps (incision des enveloppes herniaires, débridement et réduction), ne devra être généralement pratiquée que dans les hernies petites, récentes et antérieurement réductibles. Pour la plupart des autres cas, il nous semble, d'après les faits connus, que l'on devra simplement faciliter l'ouverture spontanée de la tumeur, et, au besoin, ouvrir l'intestin, afin de faciliter l'évacuation des matières fécales, sans aller jusqu'au débridement de l'anneau et à la réduction des parties.

Cette discussion aura au moins pour résultat certain de démontrer, mieux qu'on ne le savait naguère encore, l'extrême gravité de la kélotomie ombilicale, et par conséquent de mettre les praticiens à même de prévenir la famille sur le peu de chances de succès de cette opération.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

Écoulement purulent par le conduit auditif externe et la trompe d'Eustache. — Tubercule développé dans le rocher. — Abcès du cerveau occupant la presque totalité des lobes moyen et postérieur à droite. — Absence de tout signe pouvant faire soupçonner cette grave lésion.

M. RICHET. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société des pièces anatomiques provenant d'un individu qui a succombé dans mon service aux suites d'une lésion qui me paraît mériter toute l'attention des anatomistes et des physiologistes.

Il s'agit d'une lésion profonde du rocher, probablement d'un tubercule de cet os, ayant donné lieu, *par voisinage,* à une suppuration intra-crânienne considérable, qu'aucun symptôme appréciable n'est venu révéler pendant la vie.

Voici un résumé de l'observation recueillie par M. Landeta, interne de mon service.

Le 21 octobre 1861 s'est présenté à notre consultation Auguste C..., garçon boucher, âgé de vingt et un ans, pour se faire recevoir à l'hôpital.

C'est un garçon blond, vigoureux ; il présente un écoulement purulent par l'oreille droite et des douleurs de tête depuis longtemps.

Admis dans les salles, il est couché au n° 27 de la salle Saint-Augustin.

Là, il raconte que son affection a débuté il y a trois ans ; qu'ayant peu souffert d'abord, les douleurs augmentèrent dernièrement (il y a quelques mois), et qu'alors survint un abcès, puis un écoulement purulent qu'il conserve encore.

Il a toujours joui d'une bonne santé, et n'accuse d'autre affection que son otite.

Les différentes fonctions ont été normales chez lui. L'appétit s'est conservé jusqu'à ces jours derniers. Depuis lors il éprouve un mauvais goût à la bouche et crache du pus. Il accuse également un peu de constipation.

Il a toujours vaqué à ses occupations de garçon boucher et a marché jusqu'au jour de l'entrée à l'hôpital ; il vient à pied à la consultation.

Absence complète de troubles cérébraux ; jamais de paralysie, contracture ou convulsions. La sensibilité est partout complétement conservée. L'intelligence est très-nette ; il nous fournit tous les renseignements demandés sur sa maladie.

Les seuls troubles cérébraux qu'il accuse sont des *étourdissements légers* auxquels il n'attache pas d'importance, et une céphalalgie temporo-pariétale droite, persistante et sourde, surtout dans ces derniers temps.

Lorsqu'on regarde le malade de face, deux symptômes d'une égale importance nous frappent :

1° Une saillie du pavillon de l'oreille à sa base et en arrière, ce qui ferait croire, avec le gonflement des parties molles, à une augmentation de volume de l'apophyse mastoïde, produite par une altération morbide des cellules qu'elle renferme.

2° Une certaine hébétude de la face, quelque chose de terne dans le regard, mais sans le moindre signe de paralysie faciale ou autre.

Le conduit auditif externe est rempli de pus, et la membrane du tympan perforée, ce dont on s'assure en faisant moucher le malade, lorsqu'on lui ferme le nez et la bouche. L'air des arrière-narines communique avec l'air extérieur au moyen de la trompe et de l'ouverture laissée par la destruction de la membrane du tympan.

Le 22, le pouls est fréquent, la peau chaude, la langue couverte d'un enduit blanchâtre. En raison de ces derniers symptômes, M. Richet, craignant un travail pathologique congestif du côté des méninges, présomption bien justifiée par l'événement, n'hésite pas à faire appliquer vingt sangsues derrière l'oreillette droite.

On prescrit également de l'eau de Kissingen, mal tolérée par le malade, et dont l'effet est nul.

Le 23, léger soulagement. Rien de nouveau. — Une bouteille d'eau de Sedlitz ; injections d'eau de guimauve dans le conduit auditif externe.

Le 24, le malade a été à la garde-robe. Il demande à manger ; il souffre toujours de l'oreille et de la tempe. L'écoulement purulent ne tarit pas. Sur ses vives instances on lui accorde deux portions.

Le 25, mort subite dans l'après-midi. Rien à la visite n'aurait fait présager une mort aussi rapide. Interrogé à l'effet de savoir s'il avait mangé ses deux portions d'aliments prescrites la veille, il avait répondu affirmativement, et ne paraissait pas plus souffrant que de coutume. Mais, dans l'après-midi, la religieuse du service trouve le malade asphyxiant, l'écume à la bouche ; elle envoie chercher le chirurgien de garde, qui n'a pas même le temps de lui faire une prescription.

Autopsie le 27 octobre, à huit heures du matin. — Le cadavre indique une mort rapide, avec peu d'épuisement ; les muscles sont volumineux, les formes arrondies : roideur cadavérique.

Le conduit auditif externe est rempli de pus. Lorsqu'on détache

les parties molles de l'os temporal qu'elles recouvrent, on voit que le conduit auditif externe a été perforé à l'union de la portion osseuse et de la portion fibro-cartilagineuse ; aussi du pus en nappe existe au pourtour de ce conduit après avoir décollé les parties molles.

A l'ouverture du crâne, on peut voir un développement vasculaire veineux assez considérable à la convexité des hémisphères ; ceux-ci et les méninges qui les recouvrent ne paraissent point d'ailleurs être le siége d'une altération profonde.

Au niveau de la corne sphénoïdale, les circonvolutions sont aplaties et présentent une couleur grisâtre, qui les fait distinguer des parties saines ; la substance cérébrale y est ramollie, et on y sent une fluctuation évidente. Les méninges ne présentent pas de traces d'inflammation.

La dure-mère, qui adhère à la face supérieure du rocher, ne présente aucune altération par sa face interne ou viscérale, mais le feuillet externe offre une tache d'un gris de fer qui correspond à une ouverture anfractueuse produite par la carie du rocher à cet endroit. La dure-mère est épaissie à ce niveau et n'offre aucune perforation. Un tractus unit l'arachnoïde pariétale au feuillet viscéral.

M. Richet détache le cerveau, et au moment où il arrive à la partie interne de la scissure de Sylvius, au niveau du confluent antérieur du liquide céphalo-rachidien, nous voyons un véritable flot de pus inonder la base du crâne; nul doute, il vient du ventricule latéral.

Alors l'examen du cerveau fait découvrir un énorme abcès à parois peu régulières, occupant la presque totalité du lobe moyen du cerveau, et se prolongeant dans le lobe postérieur jusque dans la corne dite occipitale. Le pus arrive jusqu'à la base des circonvolutions, qui sont comme déplissées; dans ces circonvolutions elles-mêmes on remarque, surtout dans celles qui recouvrent la face supérieure du lobe moyen, une infiltration purulente, comme de véritables petits abcès miliaires. Le lobe antérieur est sain.

Le ventricule latéral droit, dans sa totalité, a été envahi par le pus, qui y a fait irruption par la paroi supérieure, celle qui regarde le centre ovale de Vieussens.

Les plexus choroïdiens sont infiltrés de matière purulente.

La couche optique droite et le corps strié sont en partie détruits par le pus, qui paraît avoir pénétré leur substance au moment de son apparition dans le ventricule, car ils ne présentent point de vascularisation.

Cet abcès, qui contient près de 200 à 300 grammes d'un pus verdâtre dans certains endroits, d'un blanc laiteux ailleurs, et des stries sanguinolentes, semble être le résultat de la destruction des parois

contiguës d'une foule d'abcès plus petits de différentes grosseurs. Ce qui nous fait dire cela, c'est l'existence actuelle de deux abcès de la grosseur d'une petite noix, tapissés par une fausse membrane d'une dureté remarquable (ce qui fait penser qu'elle existe déjà depuis longtemps), et très-voisins l'un de l'autre.

Le ventricule latéral gauche est sain.

Une coupe du rocher montre la destruction des parties membraneuses de l'oreille moyenne (caisse du tympan), la disparition des osselets. Toute la caisse du tympan est remplie par un pus noirâtre et par des fausses membranes peu consistantes.

Au-dessus et en dehors de la caisse, on voit une vaste cavité séparée de la caisse par une lame osseuse de 2 millimètres d'épaisseur; elle aboutit à la face supérieure de cet os au-dessous de la dure-mère.

Le nerf facial est sain.

Les poumons de ce garçon sont parfaitement sains. On y découvre de l'écume bronchique, une congestion à la base, qui disparaît par le lavage. Ils sont parfaitement crépitants et ne contiennent pas de tubercules.

Les autres viscères sont également sains.

A cette description peut-être un peu sommaire, j'ajouterai quelques détails et quelques réflexions.

Cette cavité est creusée dans la paroi supérieure du conduit auditif externe, et tout à fait en dehors de la caisse; c'est là l'origine de tout le mal, c'est de là que la suppuration est partie pour détruire l'oreille moyenne, et faire irruption par le conduit auditif externe et la trompe d'Eustache à l'extérieur et dans l'arrière-gorge; c'est de là également qu'est partie cette inflammation qui s'est propagée aux méninges par continuité, et puis, par *voisinage,* a déterminé la suppuration de la pulpe cérébrale. Veuillez remarquer effectivement qu'il n'y a aucune communication entre cette cavité accidentelle creusée dans le rocher et la cavité crânienne, et que par conséquent la suppuration n'a pu se frayer un passage dans le crâne.

Qu'est-ce que cette cavité? comment s'est-elle formée? Est-ce une carie ou une nécrose purement inflammatoire? ou bien résulte-t-elle de la fonte purulente d'un tubercule osseux? Je suis assez porté à admettre cette dernière opinion, par la raison que les parois en sont parfaitement lisses et polies, qu'il n'est possible de découvrir dans les parties osseuses qui l'avoisinent aucune trace d'un travail phlegmasique, qui aurait certainement existé si le travail eût été purement inflammatoire; enfin, parce que nous avons trouvé cette cavité remplie d'un pus grisâtre, concret, ressemblant pour la consis-

tance à ce mastic dont les vitriers se servent pour assujettir les vitres.

Néanmoins je confesse que l'absence de tubercules dans les viscères est une objection qui se présentera tout naturellement à l'esprit. La pièce d'ailleurs sera déposée au Musée Dupuytren, où chacun pourra l'examiner et juger la valeur des raisons que je viens de donner.

Il me reste maintenant à attirer votre attention sur un dernier point; je veux parler de la question physiologique. Il n'est pas sans exemple, vous le savez tous, de voir des lésions du cerveau, même très-étendues, ne manifester leur présence pendant la vie par aucun symptôme appréciable; et pour mon compte, j'ai cité dans mon *Anatomie chirurgicale* l'observation d'un cordonnier dont les deux lobes cérébraux avaient été traversés par un coup de tranchet, et qui n'en continua pas moins à vivre pendant huit jours sans offrir aucun symptôme pouvant faire soupçonner une si grave lésion. Néanmoins, il est rare de voir un travail pathologique aussi étendu ne se trahir à l'extérieur que par de légers étourdissements, et on reste réellement confondu en songeant que dans certains cas un épanchement sanguin de la grosseur d'une noisette, survenant soit dans le corps strié, soit dans les couches optiques, soit ailleurs, détermine des hémiplégies complètes, tandis qu'une collection purulente contenant 250 à 300 gr. de pus peut se former dans le cerveau sans occasionner le plus léger trouble dans la motilité ou la sensibilité, je dirai même dans l'intelligence. On renonce à toute explication pour de pareils faits.

Mais ce qu'il faut faire ressortir, c'est la mort subite de cet individu, qui, dans l'espace de quelques minutes, a été comme asphyxié par l'écume bronchique abondante que nous avons retrouvée à l'autopsie dans les voies respiratoires.

Il me paraît possible d'expliquer cette mort rapide de la manière suivante : l'abcès qui s'était formé dans la pulpe cérébrale et occupait les lobes moyen et postérieur en presque totalité, s'était avancé jusqu'au voisinage immédiat du ventricule latéral, lorsque tout à coup, rompant la paroi supérieure de ce ventricule, le pus fit irruption dans cette cavité, jouant le rôle d'un brusque épanchement sanguin.

Cet homme aurait donc succombé comme succombent les individus frappés d'apoplexie dite foudroyante, avec cette différence que le liquide désorganisateur était du pus et non du sang. Ainsi on pourrait dire qu'il a été atteint, non d'une *hémorrhagie,* mais d'une *pyorrhagie cérébrale*, qu'on nous passe l'expression.

— La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

Le secrétaire, Bauchet.

Séance du 20 novembre 1861.

Présidence de M. Laborie.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Velpeau et Béraud, *Manuel d'anatomie chirurgicale ;* 2ᵉ édit. Paris, 1862, un gros vol. in-12.

Gosselin, *Rapport à l'Académie de médecine sur la résection de la hanche ;* Paris, 1861, in-8°.

Gosselin, *Rapport à l'Académie de médecine sur l'uréthrotomie externe,* etc. ; Paris, 1861, in-8°.

Société universelle d'ophthalmologie. Compte rendu des séances d'octobre 1861 ; Paris, in-8°.

Trapenard, *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat pour* 1860-1861.

Berchon, *De l'emploi méthodique du chloroforme à l'aide de l'appareil réglementaire de la marine;* Paris, 1861, in-8°, pl.

Philipeaux, *Du traitement des taches de la cornée par le galvanisme ;* Lyon, 1861, in-8°.

Mirault (d'Angers), *De la cataracte capsulaire, et particulièrement de la cataracte capsulaire secondaire ;* Angers, 1861, in-8°.

A. Boulongne, *Elephantiasis des grandes lèvres, accompagné d'indurations et d'ulcérations de la peau des fesses,* etc. ; Paris, 1861, in-8°. (Offert à la Société par M. Larrey, de la part de l'auteur.)

— M. Larrey présente en outre, de la part de la famille de sir James Mac Grigor, de son vivant directeur général du service médical de l'armée anglaise, un volume intitulé : *The autobiography and services of sir James Mac Grigor ;* London, 1861, in-8°.

Sur l'opération de la hernie ombilicale étranglée. — M. le docteur LE GENDRE, à l'occasion de la dernière communication de M. Huguier, adresse, à titre de renseignements, l'extrait suivant de trois observations tirées de la pratique de M. Philippe Boyer.

Obs. I. — 1838. Vieillard de soixante-dix ans, hernie ombilicale étranglée depuis quatre jours : un médecin avait percé la tumeur avec un trocart ! On fit cependant le débridement ; le malade succomba à la péritonite.

Obs. II. — 1848. Femme de cinquante-huit ans. Hernie ombilicale depuis trente ans, irréductible, soutenue seulement par une ceinture : douleur dans la tumeur à la suite d'un effort le 14 janvier 1848 ; pendant trois jours vomissements, augmentation du volume de la hernie. Entrée à l'hôpital, on essaye le taxis sans résultat ; opération après quatre-vingts heures d'étranglement. La tumeur renfermait de l'épiploon et une anse d'intestin de douze à quinze centimètres de long, rouge, violacée, sans adhérence. Après le débridement, on réduit facilement l'intestin ; quant à l'épiploon, de nombreuses adhérences forcent à en exciser quarante grammes ; le reste est maintenu dans la plaie ; on a pratiqué neuf ligatures. La malade a guéri.

Obs. III. — 1853. Femme de cinquante-neuf ans. Hernie ombilicale depuis trente-cinq ans, maintenue par un bandage. Le 8 avril, la hernie sort; la malade étant entrée à l'hôpital, l'interne en fait rentrer une partie. Il y a eu des vomissements; on l'opère le deuxième jour de l'accident. La tumeur renfermait la portion transverse du côlon et une grande quantité d'épiploon. On a excisé 46 grammes d'épiploon et fait six ligatures, et divisé plusieurs brides pour faire rentrer l'intestin. La malade a guéri.

Sur la découverte de la staphylorrhaphie au dix-huitième siècle. — M. Verneuil, en présentant à la Société un exemplaire du deuxième fascicule de sa publication des *Documents inédits tirés des Archives de l'ancienne Académie de chirurgie* (Paris, 1861, in-8°), donne une analyse verbale de ce nouveau fascicule, qui est intitulé : *Découverte de la staphylorrhaphie*. Après avoir entendu cette communication avec intérêt, la Société décide que les conclusions du travail de M. Verneuil seront inscrites au *Bulletin*. Voici ces conclusions :

1° L'histoire de la staphylorraphie peut être divisée en deux périodes distinctes : la première qui comprend les tentatives faites au dix-huitième siècle et au commencement du dix-neuvième jusqu'en 1816 ; la seconde qui s'étend depuis la première opération de Græfe jusqu'à nos jours.

2° La période ancienne appartient exclusivement à la chirurgie française. Le premier nom inscrit est celui d'un dentiste, Lemonnier, qui pratiqua avec succès la suture à une époque indéterminée, mais antérieure à 1766. Le même praticien parvint à oblitérer par la cautérisation les perforations de la voûte palatine.

Nous ignorons les détails de la première opération, et quels motifs conduisirent Lemonnier à cette belle conception.

3° Au mois de septembre 1779, Eustache (de Béziers) proposa la suture du voile du palais à un malade auquel il avait la veille divisé

cet organe pour extirper un polype du pharynx. L'opération fut refusée. Cependant, ayant étudié avec soin la physiologie du voile du palais et sa division congénitale, Eustache persista à croire qu'on pourrait avec succès réunir les deux moitiés du voile séparées, soit de naissance, soit par accident. Il décrivit un procédé opératoire, prévit les accidents possibles, et traça les indications principales avec la plus grande sagacité. Après de longues méditations, il communiqua ses idées à l'Académie de chirurgie en 1783. Dubois fit promptement son rapport, et déclara l'opération impraticable. Eustache, qui attendait la décision favorable pour agir, s'abstint sans doute après cet arrêt. Dans tous les cas, nous ignorons tout à fait s'il mit son projet à exécution.

4° Il est possible qu'avant 1816 Colombe et Itard aient songé à pratiquer la staphylorrhaphie, et l'aient même proposée formellement à des malades; mais rien ne le prouve suffisamment à l'historien sévère.

5° La seconde période commence à Græfe, qui en 1816 opéra et réussit. Son procédé était défectueux : aussi plusieurs essais subséquents, tentés avant 1820, furent-ils suivis d'insuccès.

6° En 1819, Roux imagina spontanément la staphylorrhaphie; il mit en usage un bon procédé, qui du premier coup amena la guérison. Cette opération eut un immense retentissement, et contribua essentiellement à vulgariser la découverte.

7° Il paraît certain que la suture du voile du palais a été découverte au moins quatre fois; car aucun des inventeurs ne semble avoir eu connaissance des publications antérieures. Le silence gardé par les livres classiques de toutes les époques sur ces essais en doit être accusé. L'Académie de chirurgie est responsable pour sa part d'un retard de plus de trente ans dans l'avénement d'une des opérations modernes les plus brillantes.

8° La production des textes précédents devra désormais faire cesser tout débat de priorité; elle servira de même à rendre *cuique suum*. Enfin, le nom d'Eustache (de Béziers), jusqu'ici resté obscur, devra prendre place à l'avenir sur la liste des chirurgiens qui ont bien mérité de la science. C'est encore un *petit prophète* réhabilité.

COMMUNICATION.

Sur la déformation artificielle du pied chez les femmes chinoises. — M. LE Dr FUZIER, ex-médecin-major de l'artillerie du corps expéditionnaire de Chine, présente des pièces anatomiques montrant cette déformation, et fait sur ce sujet la communication suivante :

On ne sait pas d'une manière précise à quelle époque on doit faire

remonter l'usage de la déformation des pieds pratiquée par les femmes chinoises, ni les causes auxquelles on doit l'attribuer. Les historiens chinois sont muets sur ce sujet.

Le but des femmes chinoises, en déformant leurs pieds, est surtout d'en amoindrir le volume en longueur et en largeur.

La diminution de longueur est obtenue en fléchissant les deux extrémités du pied sur elles-mêmes, c'est-à-dire en les rapprochant l'une de l'autre comme les deux bouts d'un arc que l'on bande. Dans cette flexion, comme l'indique la pièce que la Société a sous les yeux, d'une part, le calcanéum et l'astragale exécutent, sur un axe transversal, un mouvement de rotation qui produit presque une subluxation sur les os de la seconde rangée du tarse. Le mouvement de rotation du calcanéum va jusqu'au quart de cercle, de sorte que dans sa nouvelle position, au lieu d'être horizontal dans son plus grand diamètre, comme à l'état normal, il est devenu vertical, et il ne fait plus de saillie en arrière de l'astragale.

D'une autre part, les métatarsiens et les orteils sont fléchis en bas et en arrière.

De ces mouvements des deux extrémités du pied résultent, outre la petitesse obtenue :

1° La formation d'une excavation profonde à la région plantaire ;

2° Une disposition plus grande au déplacement des os de la seconde rangée du tarse (il paraîtrait même que l'énucléation de l'un de ces os se ferait artificiellement quelquefois pour augmenter encore la petitesse du pied) ;

3° L'élévation bien plus considérable au-dessus du sol de l'articulation tibio-tarsienne, élévation qui, augmentée encore par la hauteur du talon de la chaussure, explique la fréquence des chutes des femmes, ainsi que les entorses plus ou moins graves et les fractures de la jambe qui sont la suite de ces chutes;

4° La formation d'un pied qui, tout en se rapprochant des pieds bots *équins* et *talus* par certains caractères, s'en éloigne par d'autres.

La diminution de largeur n'a pu s'obtenir qu'à la partie antérieure du pied, et en fléchissant les orteils en bas et en dedans, au moyen d'une subluxation des phalanges des quatre derniers orteils sur les métatarsiens, et des phalanges les unes sur les autres, tandis que le gros orteil reste en place.

Enfin, l'atrophie de tous les os du pied contribue aussi à sa petitesse.

La compression par des bandes est le seul moyen employé pour obtenir tous ces déplacements et tous ces désordres. Elle se fait, en général, vers l'âge de trois ou quatre ans.

La compression n'est que temporaire. Quand les déplacements osseux ont été obtenus, les bandes sont relâchées et réduites; dans la suite, elles sont mises, peu serrées, comme soutien et comme moyen de propreté.

La compression est douloureuse tant qu'elle doit être maintenue avec rigueur pour amener le pied à la forme désirée, et pendant cet espace de temps elle force au repos. Quand la déformation est obtenue, les bandes sont progressivement relâchées; la douleur diminue et devient supportable, puis nulle, et bientôt les petites filles se mettent à courir, bien que toujours avec une gêne qui tient en partie à la difficulté de l'équilibre.

On voit circuler dans les rues et dans les sentiers de la campagne les femmes des artisans et de la classe peu riche qui ne peuvent faire les frais d'une chaise et de ses porteurs. Mais elles ne peuvent se permettre de longues stations debout ni une marche au delà d'une lieue, sans que leurs pieds se fatiguent et se tuméfient.

Leur démarche est pénible ; le corps repose presque en totalité sur le talon, et la semelle de bois de leur chaussure immobilise la partie antérieure du pied, dont les mouvements seraient douloureux. Il en résulte qu'elles semblent marcher sur des échasses.

Les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse sont peu considérables ; de là l'atrophie relative des muscles du mollet et des os de la jambe et la forme conique de celle-ci ; mais les mouvements de rotation du bassin sur la cuisse sont plus étendus. De là peut-être la possibilité d'expliquer la conformation un peu carrée du bassin chez les Chinois. Il serait possible de contrôler l'effet de cette cause, en comparant avec ceux des Chinois les bassins des Tartares Mantchoux, qui règnent actuellement en Chine, et dont les femmes ne se déforment pas les pieds.

Il est intéressant de noter qu'un bandage a pu être appliqué, par suite de l'usage dont il s'agit, avec assez de force pour produire de grands déplacements dans les os du pied, et cependant sans faire naître des accidents constants par l'effet de la compression des parties molles, des vaisseaux et des nerfs. Il est vrai que la voûte osseuse de la face plantaire du pied, l'épaisseur de l'épiderme et du tissu cellulaire qui la recouvrent, protégent en grande partie contre une compression trop directe les principales branches des vaisseaux et des nerfs du pied. De là sans doute l'innocuité de la pratique.

La facilité avec laquelle on voit s'opérer ici les déplacements osseux et les déformations durables à la suite d'une compression légitime la crainte des chirurgiens pour les effets de l'application prolongée des bandages sur les articulations en particulier des mains et

des pieds des jeunes sujets, dans les cas de fracture par exemple. Mais aussi elle autoriserait peut-être encore plus de hardiesse dans l'application prolongée des bandages fortement compressifs, quand il s'agit de remédier à des difformités congénitales, telles que les pieds bots, malgré les modifications qui existent alors dans les surfaces articulaires. La compression sera surtout inoffensive, si des couches de ouate la rendent moins immédiate sur les vaisseaux et sur les nerfs.

Comme toutes les difformités artificielles ou acquises, surtout quand elles n'existent que chez l'un des sexes, la déformation des pieds de la femme chinoise ne se transmet pas par l'hérédité, et les pieds des Chinois ne se ressentent pas de l'altération de ceux de leurs mères ; ils sont bien conformés, et si leur longueur est moyenne, celle de leurs mains l'est aussi.

Les difformités des pieds ne paraissent pas plus fréquentes en Chine qu'en Europe. Les cas d'éléphantiasis y sont assez communs chez les gens de la campagne, mais ils ne peuvent évidemment se rapporter à l'usage pratiqué chez les femmes.

La coutume de se déformer le pied est à peu près généralisée chez les Chinoises : les batelières de Canton, les domestiques, les femmes qui cultivent les champs, les femmes d'origine tartare sont à peu près les seules qui ne la pratiquent pas. Aujourd'hui elle est imposée par la tradition et par l'usage, qui, en Chine, sont plus puissants que les lois.

Cette coutume est funeste à plus d'un titre ; parfois, assez rarement il est vrai, sa pratique est suivie d'accidents locaux : carie, nécrose des os du pied, etc.

Si les résultats qui précèdent sont l'exception, les suivants sont presque la règle. En effet, cette coutume force à un repos relatif dans le jeune âge, surtout pendant l'application compressive des bandes ; elle gêne donc le développement de l'enfant ; dans l'âge adulte, elle ne permet qu'un exercice borné ; puis, plus tard, elle force au repos plus ou moins absolu par l'embonpoint qu'elle produit, repos qui a pour conséquence l'affaiblissement, l'anémie, la chlorose, etc.

Cette coutume peut donc être accusée de favoriser de plus en plus le développement du tempérament lymphatique de la race chinoise, chez laquelle ce tempérament domine presque exclusivement.

Enfin, elle ne sert en rien les intérêts de la morale, et elle blesse ainsi bien gratuitement les droits de la nature et de l'humanité.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. DEMARQUAY met sous les yeux des membres de la Société un exemple d'**enchondrome du testicule** dont voici l'observation :

G..., cultivateur, âgé de trente-quatre ans, entre le 14 novembre 1860 à la Maison de santé.

Il s'est toujours assez bien porté, n'a jamais eu aucune maladie du côté des organes génito-urinaires. Marié depuis douze ans, il a eu quatre enfants, qui sont tous forts et bien portants; le dernier a trois ans et demi.

Il y a quinze mois, il reçut sur le testicule, du côté droit, un coup de pied de cheval; il ressentit sur le moment une douleur atroce. Une ecchymose assez étendue se forma; tuméfaction considérable de l'organe, rougeur de la peau, fièvre, anorexie. Ces symptômes inflammatoires cédèrent assez rapidement, mais la tuméfaction du testicule persista.

L'état resta stationnaire pendant deux mois. Au bout de ce temps, le malade se livra à des travaux pénibles; il porta de lourds fardeaux; alors la tumeur augmenta, des douleurs assez vives apparurent. Un médecin consulté fit deux ponctions avec un trocart à hydrocèle; il sortit par chaque ouverture une cuillerée environ de sang. Ces deux petites opérations furent suivies d'une poussée inflammatoire assez intense. Ces symptômes durèrent environ huit jours.

Le testicule, qui avait cette fois encore augmenté de volume, ne diminua pas ensuite. Depuis cette époque, il est resté à peu près dans le même état; il a très-peu grossi jusqu'à la moisson dernière; alors le malade voulut encore travailler, il se fatigua beaucoup par de longues marches, il porta des fardeaux. Son testicule augmenta de nouveau de volume; les douleurs furent si vives qu'elles l'obligèrent de garder le lit. Il survint une fièvre intense, de l'insomnie, perte d'appétit, rougeur de la peau des bourses, etc. Enfin, à partir de ce moment, la tumeur est restée stationnaire.

Le malade n'éprouvait d'abord que des souffrances assez légères, mais depuis quinze jours ses douleurs le forcent à rester au lit; il ne peut marcher. Il éprouve dans son testicule des élancements, des picotements, parfois une douleur contusive; dans d'autres circonstances, il lui semble que l'organe est comme serré dans un étau.

Il entre le 14 novembre à la Maison de santé pour se faire enlever sa tumeur.

On constate que le testicule du côté droit a acquis un volume énorme (nous donnons plus loin les dimensions de la tumeur). Sa forme rappelle celle d'une hydrocèle; il est presque cylindrique, arrondi aux deux extrémités, un peu étranglé à sa partie moyenne. Soulevée dans la main, cette tumeur est pesante, trop pesante pour ne contenir qu'un liquide; du reste, on ne peut y constater nulle part de transparence. Dure, résistante, un peu élastique dans la moi-

tié inférieure de sa face antérieure, en arrière et sur les côtés, elle offre des points fluctuants en avant et en haut : il y a évidemment là une portion liquide, mais le reste est solide.

La pression n'est pas très-douloureuse. La peau a sa coloration normale, un peu violacée pourtant ; elle est parcourue par des veines nombreuses. Une ponction exploratrice faite dans sa partie moyenne ne donne issue qu'à un peu de sang.

L'opération est pratiquée le 15 novembre 1861.

Deux incisions elliptiques commençant en avant vers la partie moyenne de la tumeur et se terminant en arrière, circonscrivent un lambeau de peau qui doit être enlevé avec l'organe malade ; puis la tumeur est disséquée avec grand soin jusqu'au cordon; et isolée du testicule gauche, qui est très-sain et qu'on laisse enveloppé de ses membranes. M. Demarquay est obligé de faire remonter sa dissection très-haut, jusqu'au delà de l'orifice externe du canal inguinal, car une portion de la tumeur se prolonge jusque dans ce canal. Les deux piliers sont mis à nu. Les artères coupées sont liées à mesure que le bistouri les atteint. La tumeur est ainsi enlevée. Les deux lèvres de la plaie sont réunies par une suture dans presque toute leur étendue. Une petite ouverture est laissée à la partie inférieure pour l'écoulement du pus.

Le malade a perdu peu de sang ; il avait été soumis aux inhalations de chloroforme.

La tumeur enlevée pèse 950 grammes. Comme pendant l'opération il s'est écoulé de plusieurs kystes placés à sa partie antéro-supérieure une assez grande quantité de liquide séreux, citrin, on peut porter le poids total à 1 kilogramme environ. Sa grande circonférence, qui est verticale, est de 40 centimètres; sa petite circonférence, qui est horizontale, est de 29 centimètres. On reconnaît dans ses enveloppes les membranes qui entourent le testicule ; on peut les isoler assez facilement. Quant à la tunique vaginale, ses deux feuillets ont contracté entre eux des adhérences dans presque toute leur étendue. Cette tunique est épaissie, vasculaire ; on voit des ramifications capillaires extrêmement nombreuses ; partout elle est fortement adhérente à la tumeur. En avant et en haut, ses deux feuillets s'écartent l'un de l'autre en trois points, constituant ainsi trois cavités anfractueuses, irrégulières, qui contenaient ce liquide séreux qui s'est échappé pendant l'opération ; ce liquide ressemblait à celui des hydrocèles ordinaires. L'un de ces kystes aurait pu contenir une pomme d'un volume moyen ; les deux autres, plus petits, pouvaient contenir chacun une noix.

La tumeur est formée de deux parties : l'une principale, qui la

constitue presque tout entière, et dont nous allons parler ; l'autre, qui a le volume d'une petite noix, est séparée de la précédente et se prolonge entre les éléments du cordon. Elle est horizontale ; sa forme est celle d'une amande. On reconnaît à la coupe qu'elle est formée d'une quantité innombrable de petits cartilages de forme irrégulière, adossés les uns aux autres, et interceptant entre eux des cavités pleines d'un liquide filant et transparent.

La tumeur principale est assez régulière dans ses contours ; elle est à peu près ovoïde, à grand diamètre vertical. Une coupe faite dans toute son épaisseur et la divisant en deux parties montre qu'elle est constituée par une masse enchondromateuse qui en forme les trois quarts. En étudiant ce tissu, on y constate l'existence d'une grande quantité de petits cartilages irréguliers de forme, contournés dans divers sens, festonnés sur leurs bords. Tous ces petits noyaux s'accolant les uns aux autres, s'entre-croisant les uns dans les autres, laissent entre eux des vacuoles anfractueuses qui contiennent un liquide filant, transparent, semblable à du blanc d'œuf. Dans la partie supérieure de la tumeur, la quantité de ces noyaux cartilagineux est énorme ; mais à mesure qu'on descend leur nombre diminue. Dans le point où ils sont si nombreux, on voit en divers endroits des plaques compactes de cartilages dans lesquelles on trouve à peine quelques petites cavités contenant le liquide filant dont nous venons de parler.

Dans la moitié inférieure, ces points cartilagineux disséminés sont placés dans un tissu blanc jaunâtre d'apparence fibreuse, très-vasculaire et contenant par endroits de petits épanchements sanguins. Toute la masse est, du reste, très-vasculaire.

Dans la moitié inférieure de cette masse enchondromateuse est enkystée une autre masse d'aspect et de nature tout différents, enveloppée d'une membrane propre qui paraît de nature fibreuse et unie assez lâchement dans quelques points au tissu qui l'entoure pour qu'on puisse l'en détacher avec le doigt. Cette masse, qui peut être énucléée d'une manière complète, est du volume d'une petite orange. Son tissu est grisâtre, friable. On y trouve des vaisseaux assez nombreux qui forment sur la surface de section autant d'orifices béants. On n'y trouve nulle part aucune trace de cartilages ; on dirait une masse de fibrine résultant de transformations subies par un épanchement sanguin considérable.

Le tissu enchondromateux fait à cette tumeur fibrineuse une enveloppe complète dont l'épaisseur est, en bas et sur les côtés, de 2 centimètres environ.

— La suite de la discussion sur les hernies ombilicales et leur traitement est renvoyée à la séance prochaine.

— A cinq heures moins un quart, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 27 novembre 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Giraldès dépose sur le bureau le tome XII des *Transactions of the pathological Society of London*. Londres, 1861, in-8°.

— M. Mathieu fait déposer sur le bureau :

1° Une nouvelle espèce de pinces et de ciseaux à deux articulations superposées, instruments destinés à agir sur les parties profondes;

2° Un nouveau mode de fermeture des pinces à anneaux et des pinces à deux branches en général. (Rapporteur, M. Huguier.)

— M. Larrey offre à la Société, de la part de l'auteur, M. le docteur A. Villemin, un ouvrage intitulé : *Du tubercule au point de vue de son siége, de son évolution et de sa nature*. Paris, 1862, in-8°, avec 4 planches lithographiées.

—M. Larrey a reçu de M. Squire, chirurgien à Elmira, près New-York, une lettre de remercîments qu'il le prie de transmettre à MM. les membres de la Société (et particulièrement à M. Chassaignac) pour l'accueil qu'ils ont bien voulu faire à sa communication sur l'*extraction des corps étrangers de l'articulation du genou.*

— A l'occasion du procès-verbal, M. BOUVIER prend la parole : Je désire, dit-il, ne pas laisser passer sans observation la très-intéressante communication de M. Fuzier. J'ai trouvé dans le commerce des modèles en plâtre de pieds de femmes chinoises. Mais ce ne sont que des modèles de fantaisie. On voit bien sur eux le gros orteil qui fait la pointe, les orteils renversés et contournés sous la plante du pied, qui a la forme d'un coin, mais ce n'est vraiment qu'une reproduction grossière.

Cette disposition si singulière du pied chinois peut être rappro-

chée de certains vices de conformation, et il me paraît curieux de mettre en parallèle le résultat auquel, en Chine, on arrive artificiellement et par des moyens mécaniques, et les lésions que nous fournit dans certains cas l'anatomie pathologique.

Il y a plus de vingt-cinq ans, j'ai décrit une certaine difformité sous le nom de *pied creux*, et j'ai déposé au musée Dupuytren le squelette d'un pied semblable, que j'ai recueilli à l'hôpital de la Charité. M. Duchenne, par ses travaux, a agrandi la description et a admis plusieurs variétés de pied creux. Déjà en 1853 M. Little avait indiqué le pied creux, en parlant du talus, mais il n'avait fait que l'indiquer. Dans son livre publié à la même date, M. Little a fait représenter, à côté du pied creux, le dessin d'un pied chinois, qu'il tenait d'un M. Goldsmith, mais il ne dit pas qu'il ait vu le pied; il ne parle que d'un dessin.

Or qu'est-ce qu'un pied chinois? Nous lui trouvons trois caractères principaux : atrophie générale, flexion forcée des orteils, surtout les quatre derniers, abaissement du talon, qui est porté en bas et en avant. Je n'insiste pas sur les deux premiers caractères, mais le troisième se rapproche d'une disposition pathologique sur laquelle j'appelle votre attention.

M. Fuzier nous a dit que la disposition du pied des femmes chinoises paraît participer du talus et du pied équin : du talus par la direction du talon, et du pied équin par celle de l'avant-pied.

Pour faire le pied équin il faut que le talon suive la fausse direction de l'avant-pied, et ici nous avons le contraire. J'aime mieux dire que c'est un *talus pied creux*.

Si je mets en regard les deux pièces (le pied chinois que M. Fuzier m'a confié et la pièce que j'ai déposée au musée Dupuytren), en cachant les orteils, on voit que les deux pieds se ressemblent, et si l'on ne voyait que la partie postérieure d'un pied de femme chinoise, on pourrait dire qu'elle a un *talus pied creux*.

La cause de cette altération du pied, indiquée par Little, a été bien étudiée par M. Duchenne. Elle réside dans une paralysie des muscles gastro-cnémiens et la prédominance des muscles antérieurs de la jambe, et notamment du jambier antérieur. Pour que le talon s'abaisse, que le calcanéum descende en bas et en avant, il faut une paralysie du triceps sural, ou du moins un grand affaiblissement dans l'énergie contractile de ce muscle, sinon, les moyens mécaniques enlevés, le talon se relèverait. Mais les muscles extenseurs du pied et fléchisseurs des orteils sont contracturés, en même temps que les fléchisseurs du pied et extenseurs des orteils, sinon nous aurions une autre disposition dans le pied que celle qu'on observe dans le pied

chinois. Je pense donc que les manœuvres mises en usage pour déformer ainsi ces pieds déterminent une paralysie des muscles gastrocnémiens.

M. GIRALDÈS. On trouve au musée du Collége des chirurgiens de Londres un squelette de pied chinois, et même un pied entier. En 1845, Simpson avait présenté à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg un pied fort curieux de femme chinoise. Déjà en 1829, dans les *Transactions philosophiques*, Bransby Cooper a décrit un pied chinois, et l'on s'étonne vraiment que Little ait ignoré tous ces faits.

Sur ces pièces on remarque, contrairement à ce qu'on observe sur la pièce pathologique présentée par M. Bouvier, une élongation et une gracilité considérables du calcanéum. La compression a aussi modifié la forme de l'astragale et la disposition de l'articulation cuboïdo-calcanéenne. On remarque aussi une diminution dans la hauteur du tibia, une gracilité particulière du péroné, et l'atrophie du triceps sural. Dans la reproduction de Bransby Cooper, le gros orteil est comme retourné vers sa face supérieure. Simpson décrit la disposition des orteils, qui sont comme enchevêtrés. Le pied a été en quelque sorte brisé en deux, replié sur lui-même. Il semble qu'on l'a ployé en rapprochant le calcanéum des orteils; de là cette élongation du calcanéum et cette apparence de pied creux.

M. BOUVIER. Je ne puis juger que par ce que je vois, et abstraction faite des altérations du pied des femmes chinoises et qui portent sur sa partie antérieure, ainsi que je viens de le dire, en cachant la portion correspondante aux orteils, je ne vois vraiment pas une grande différence entre un pied creux et celui des Chinoises.

M. BROCA. Le calcanéum, sur le pied rapporté par M. Fuzier, paraît plus long; mais c'est plus apparent que réel; et, en examinant ses dimensions relativement aux autres, on ne trouve pas qu'il soit allongé. J'ajouterai un détail qui pourra compléter cette discussion : chez les peuples de la race mongolique, le talon est, comme le nôtre, peu saillant. Il est au contraire très-saillant chez l'Ethiopien, qui a en outre le pied plat. C'est un caractère qui rapproche cette race de la brute.

Communication sur les kystes de l'ovaire. — M. HOUEL présente, au nom de M. Nélaton, deux kystes de l'ovaire que le savant professeur a rapportés de Londres. M. Nélaton, comme tous les chirurgiens, préoccupé du danger que font courir aux malades les kystes multiloculaires de l'ovaire, lesquels sont presque toujours remplis d'un liquide filant, poisseux, d'aspect gélatiniforme, avait déjà depuis

longtemps conçu la pensée d'aller voir pratiquer l'opération de l'ovariotomie par les chirurgiens d'outre-Manche.

M. le docteur Baker-Brown, si honorablement connu par ses travaux et auquel l'opération d'ovariotomie est familière, ayant fait savoir à M. Nélaton que le jeudi 21 novembre il devait pratiquer l'extirpation d'un kyste de l'ovaire, le chirurgien français n'hésita point; il partit pour l'Angleterre afin d'être témoin d'une opération généralement réprouvée par la chirurgie française.

Les deux tumeurs que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie ont été extirpées par M. Baker-Brown. Ce chirurgien les a données à M. Nélaton, qui veut bien les déposer dans le musée Dupuytren. L'une de ces tumeurs, la plus volumineuse, qui, quoique affaissée notablement, a un diamètre d'environ 35 centimètres, a été extirpée le 14 novembre sur une femme âgée de vingt-sept ans.

La tumeur datait d'environ quinze mois, et contenait 31 pintes anglaises, c'est-à-dire 17 kilogr. 360 gr. de liquide; débarrassée du liquide contenu dans le grand kyste, elle pesait encore, au moment de son extirpation, 7 livres et demie. Vous pouvez voir sur cette pièce qu'indépendamment du grand kyste, il existe une multitude de petits kystes à parois très-minces, variables en volume depuis celui d'une pomme jusqu'à une noix; ces petits kystes contiennent un liquide analogue à celui que renfermait la poche principale.

M. Nélaton a vu le 21 novembre la malade sur laquelle avait été extirpée cette tumeur, par conséquent sept jours après l'opération, et au moment de sa visite il a constaté que les lèvres de la plaie abdominale étaient maintenues par sept points de suture métallique, qu'elles étaient presque complétement réunies. La malade n'avait point de fièvre; la peau était fraîche, le ventre était plat et, au grand étonnement de M. Nélaton, souple et complétement indolore. M. Nélaton assista au repas de la malade, qui mangea du mouton rôti, de la purée de pommes de terre, et but deux verres de bière.

La seconde tumeur a été enlevée devant M. Nélaton sur une jeune fille de dix-huit ans environ. Quoique moins volumineuse que la précédente, elle a encore des dimensions considérables, car dans certains sens elle mesure environ 30 centimètres. Comme la précédente, elle est multiloculaire; indépendamment de la poche principale, qui contenait un liquide filant, gélatiniforme, il existe un grand nombre de petits kystes secondaires à divers degrés de développement. L'opération fut pratiquée par M. Baker-Brown, dans la maison particulière où ce chirurgien fait ordinairement ses opérations.

Je dirai quelques mots du procédé opératoire qui a été mis en usage et qui est celui généralement adopté par M. Baker-Brown. La

malade, une fois l'opération décidée, est soumise environ pendant trois semaines à une médication tonique : des boissons amères avec de la teinture d'arnica, des ferrugineux, et deux bains ehauds par semaine. Au moment de pratiquer l'opération, la malade est soumise à l'aetion des anesthésiques, qui est portée très-loin; puis deux aides appliquent leurs mains de ehaque eôté de la tumeur, de manière à la fixer solidement à travers les parois déprimées de l'abdomen. Le chirurgien pratique alors une ineision à la paroi abdominale; elle est faite près de la ligne médiane, à gauehe, à sept ou huit millimètres de la ligne blanehe; elle eommence un peu au-dessous de l'ombilic, quelquefois à ee niveau, rarement au-dessus, et a une longueur d'environ dix, douze ou treize eentimètres, suivant le volume du kyste. Cette ineision eomprend la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose abdominale.

Le kyste se présente alors à l'ouverture de la plaie, dont les lèvres sont éeartées par les aides; de reetiligne qu'elle était, la plaie devient elliptique. Le ehirurgien saisit alors le kyste dans sa partie inférieure avee de fortes pinees de Museux, et plonge dans son intérieur un trocart de forme particulière, que M. Nélaton eompare à une grosse canule à traehéotomie pour la eourbure et le volume. Sur cette pièee vous pouvez voir la petite plaie triangulaire par laquelle le kyste a été vidé.

S'il existe des adhérenees avec les parties voisines, comme eela avait lieu pour les deux tumeurs que j'ai l'honneur de présenter, on les détruit avee la main et au besoin avec le bistouri. La tumeur, libre de toutes parts, est amenée à l'extérieur; le pédieule est compris dans une espèee de eompas métallique qui le comprime, empêche toute hémorrhagie, et il est maintenu à l'angle inférieur de la plaie, sur laquelle on applique généralement cinq points de suture métallique.

Pour le petit kyste qui a été extirpé devant M. Nélaton, l'opération a été pratiquée eomme je viens de l'indiquer ; mais outre ses nombreuses adhérenees, il s'est présenté une eomplieation fâeheuse. Une partie du fond de l'utérus, près l'insertion de la trompe, a été abrasée par le bistouri ; il en est résulté une hémorrhagie qui a nécessité une ligature et l'application de einq points de suture qui ont été posés sur le fond de l'utérus. Cet accident ainsi réparé, le chirurgien anglais a réduit l'utérus dans le ventre et pratiqué la suture abdominale. Cette eomplieation regrettable avait fait eraindre à M. Nélaton le développement d'aecidents sérieux et immédiats. L'opération ayant été pratiquée à deux heures, à einq heures du soir il est allé voir la malade, qu'il a trouvée assez bien ; elle avait même eu un

peu de somnolence à onze heures du soir ; le pouls était un peu fréquent, mais point de douleur abdominale, rien qui pût faire supposer l'existence d'une péritonite. Le lendemain, avant de quitter Londres, M. Nélaton est allé revoir l'opérée, qu'il trouva dans un état satisfaisant ; la nuit n'avait présenté rien de particulier. Comme la suite de l'observation sera envoyée à Paris, j'aurai soin de mettre la Société au courant de ce qui pourra advenir.

Pendant son séjour à Londres, M. Baker-Brown a montré à M. Nélaton trois autres malades qu'il avait opérées depuis le mois d'octobre de kystes volumineux multiloculaires. L'une de ces malades est une jeune fille de vingt-trois ans ; une autre est âgée de dix-huit ans , la troisième de quarante-huit. Ces trois malades, qui n'avaient point eu d'accidents graves à la suite de leur opération, pouvaient être considérées comme guéries au moment où M. Nélaton les a examinées.

M. BOINET. Les faits présentés par M. Houel, au nom de M. Nélaton, sont très-importants et de nature à encourager à faire une opération qui n'a guère de partisans en France, où l'extirpation des ovaires a toujours été regardée comme une opération téméraire et très-dangereuse. Nous savons qu'elle se pratique très-facilement en Angleterre, en Allemagne et en Amérique, et avec un succès tel, que, si l'on doit s'en rapporter aux statistiques publiées jusqu'à ce jour, elle réussit dans plus de la moitié des cas.

Si cette opération était toujours aussi simple, et si tous les kystes n'étaient pas plus compliqués que ceux qu'on nous présente, on serait bien plus disposé à faire l'ovariotomie ; mais malheureusement il est des circonstances où cette opération est impossible et très-dangereuse. S'il était possible de savoir les cas où elle est faisable, c'est-à-dire ceux qui sont exempts d'adhérences et qui sont pédiculés, il est à croire qu'on serait plus entreprenant ; en effet, il y a pour l'extirpation des ovaires un point de diagnostic qu'il n'est pas toujours facile de résoudre, c'est de savoir si les kystes sont adhérents ou non, s'ils sont pédiculés ou à large base.

On peut bien assez souvent reconnaître les adhérences qui existent à la partie antérieure d'un kyste et qui l'unissent aux parois abdominales, mais il n'en est plus de même pour celles qui sont sur les parties latérales et profondes. Il n'est pas non plus facile de savoir si on est en présence d'un kyste pédiculé ou sessile, surtout dans les kystes multiloculaires qui ont atteint un grand volume. D'autres fois, le diagnostic offre de grandes difficultés sur la nature même de la tumeur, et on a pris quelquefois des tumeurs fibreuses, cancéreuses, ou encore le foie, la rate hyperthrophiés, etc., pour des kystes de l'ovaire. Des opérations faites dans ces circonstances sont fâcheuses,

et plus d'une fois des opérateurs ont été forcés de laisser inachevée une opération qu'ils avaient commencée, ce qui n'a pas empêché (chose digne de remarque et qui prouve jusqu'à un certain point l'innocuité de l'ouverture de la cavité abdominale) les malades de guérir sans accident. Quoi qu'il en soit, les succès après cette opération paraissent si nombreux, qu'on doit moins hésiter à tenter cette opération ; pour mon compte, je n'ai pas renoncé à la faire, malgré un insuccès que j'ai éprouvé et que je vais rapporter ; mais j'ajoute que je ne la ferai que dans les cas où toutes les indications me sembleront bien positives.

Dans un travail très-important et fait avec le plus grand soin par M. Jules Worms sur l'extirpation des ovaires, ce savant confrère a cherché à établir le bilan des résultats de cette opération en Angleterre et en Allemagne, et il est arrivé, en analysant avec sévérité toutes les observations, à une conclusion des plus encourageantes : c'est qu'on guérissait plus de 60 malades sur 100. Des opérations en apparence beaucoup moins graves et qui se pratiquent tous les jours, les amputations de cuisse, de jambe même, n'ont jamais donné d'aussi beaux résultats, au moins dans nos hôpitaux de Paris.

Je ne connais pas les hôpitaux de Londres, je ne sais s'ils sont aussi grands et aussi encombrés que les nôtres ; mais s'ils sont dans les mêmes conditions hygiéniques, ils ne paraissent pas si défavorables aux opérations que ceux de Paris, et au moins, pour ce qui est de l'ovariotomie, il est certain, d'après les seuls faits qu'on vient de nous citer, qu'on peut l'y pratiquer avec succès.

Quant à moi, je ne conseillerais pas de tenter cette opération dans nos hôpitaux, ni même en ville, où cependant les opérations réussissent mieux. Tout le monde sait que l'opération césarienne, qui a une certaine similitude avec l'ovariotomie, n'a jamais réussi à Paris. Si on voulait faire l'extirpation des ovaires, il faudrait donc s'éloigner de Paris de quelques lieues, de quatre ou cinq au moins, afin de se mettre dans des conditions hygiéniques favorables.

D'un autre côté, il faut le dire aussi, si nos confrères de l'étranger ont des succès si fréquents et qui nous surprennent, c'est qu'ils opèrent indistinctement tous les kystes des ovaires, qu'ils soient petits ou gros, multiloculaires ou uniloculaires ; ensuite, c'est qu'ils opèrent les malades dans de bonnes conditions de santé ; ils n'attendent pas qu'elles soient affaiblies, épuisées, réduites au marasme pour les opérer ; ils agissent sur des malades dont la santé est encore très-bonne, dont toutes les fonctions s'exécutent très-bien, et qui sont par conséquent dans des conditions bien meilleures pour résister à une pareille opération. Il est évident qu'en agissant ainsi ils se placent

dans de meilleures conditions pour avoir des succès, tandis que les quelques chirurgiens qui ont opéré en France l'ont fait dans des conditions très-mauvaises; ils n'ont opéré que des malades épuisées, affaiblies, chez lesquelles toutes les fonctions étaient troublées, et qui n'auraient pas tardé à succomber, emportées par les progrès de leur maladie.

On comprend que dans ces conditions les chances de succès sont bien minimes : c'est dans cette position grave que se trouvait la malade que nous avons opérée, et de plus une erreur de diagnostic fut commise : elle avait une tumeur cancéreuse de l'ovaire gauche, que je crus être un kyste multiloculaire.

Voici cette observation :

Une femme de quarante-sept ans, maigre, chétive, de santé habituellement mauvaise, n'étant plus réglée et ayant eu dix enfants, vint me consulter, vers le commencement de 1858, pour une tumeur abdominale dont le début remontait au moins à dix ans, vers l'époque de son dernier accouchement, qui, comme tous les autres, avait été très-heureux.

Cette tumeur avait son siége dans le côté gauche du ventre, et pendant longtemps n'avait apporté aucun trouble dans l'économie. Les règles avaient été régulières jusqu'en 1857; c'est alors que la tumeur a pris un accroissement plus considérable. A mon premier examen je constatai qu'elle pouvait avoir le volume d'une tête d'enfant à terme; elle paraissait arrondie, était dure, élastique, insensible à la pression, et sans fluctuation aucune. L'amaigrissement extrême de la malade et la minceur des parois abdominales rendaient ces signes très-évidents.

Je diagnostiquai une tumeur de nature probablement fibreuse, et j'engageai cette malade à ne rien faire. Cette femme étant revenue me voir quelques mois plus tard, je fus étonné du volume qu'avait acquis cette tumeur, et dans l'espace d'une année elle avait tellement grossi qu'elle avait envahi tout le ventre, et lui donnait l'aspect régulier d'une grossesse à terme.

Cette femme avait considérablement dépéri, et toutes les fonctions s'accomplissaient très-difficilement. La pression exercée sur cette tumeur donnait la sensation d'une élasticité remarquable telle, qu'il était difficile de se défendre de l'idée d'une fluctuation profonde et semblable à celle qu'on rencontre dans certains kystes ovariques multiloculaires, celluleux et vasculaires. Ce qui m'en imposa encore, c'est qu'il existait dans le péritoine une certaine quantité de liquide, qui, interposé entre cette tumeur et la paroi abdominale, donnait lieu, en plusieurs endroits limités et séparés, à une fluctuation réelle.

Il y avait en un mot plusieurs hydropisies partielles enkystées du péritoine, dues aux nombreuses adhérences que cette membrane avait contractées. Cette fluctuation, en certains endroits, du liquide péritonéal, jointe à l'élasticité de la tumeur qu'on ne pouvait palper qu'à travers le liquide de l'ascite, nous fit croire à une fluctuation plus profonde. D'autre part, le développement si rapide et si considérable de cette tumeur, qui dans l'espace d'une année avait plus que quintuplé de volume, ne contribua pas pour peu à faire croire à l'existence d'un kyste multiloculaire plutôt qu'à une tumeur fibreuse que j'avais diagnostiquée une année auparavant.

En présence de cette tumeur qui faisait des progrès si rapides, gênait toutes les fonctions et menaçait de mort prochaine ; d'un autre côté vivement sollicité par la malade elle-même, qui connaissait la gravité de sa position, et était plus décidée à subir une opération que moi à la pratiquer, quoique cependant, enhardi par les succès obtenus par nos confrères de l'étranger, j'eusse l'intention bien arrêtée de faire un jour cette opération, que j'aurais désiré exécuter dans de meilleures conditions, je cédai aux instances de cette malade après avoir longtemps hésité ; mais je ne voulus pas l'entreprendre sans m'entourer de confrères expérimentés, et sans me mettre dans toutes les conditions d'hygiène que je crois indispensables pour réussir dans cette opération.

J'avais souvent cherché à reconnaître si des adhérences existaient entre le kyste et les parois de l'abdomen ; il m'avait semblé rencontrer toujours une grande mobilité entre toutes les parties, ce qui me faisait conclure qu'il n'y avait pas d'adhérences, au moins en avant. En effet, il en était ainsi pour la paroi antérieure ; mais aux parties latérales et postérieures je rencontrai des adhérences très-fortes, très-étendues, qui apportèrent de grands obstacles à l'opération, soit en empêchant l'énucléation de la tumeur, soit à cause des hémorrhagies graves dues à leur déchirure et à leur section.

Le 28 février 1859, assisté de MM. Danyau et Cazeaux, membres de l'Académie de médecine, de MM. les docteurs Leclerc, Lamarre, Fournier, Camus, Firmin, Foucault, j'opérai cette malade à Saint-Germain, à quatre lieues de Paris. Je n'avais pas voulu l'opérer à Paris pour les raisons exposées plus haut.

Une incision faite sur la ligne médiane, du nombril au pubis, laissa écouler une partie du liquide renfermé dans le péritoine, et nous fit reconnaître que cette tumeur était compliquée d'un peu d'ascite. La tumeur, mise à découvert, examinée et palpée avec soin, offrit encore la sensation d'une fluctuation profonde.

Dans le but de rendre plus facile l'extraction de cette tumeur, qui

remplissait toute la cavité abdominale, et croyant toujours être en présence d'un kyste multiloculaire, un gros trocart fut enfoncé dans le but de la vider du liquide qu'elle contenait; mais, à notre grande surprise à tous, il ne sortit pas une goutte de liquide. La sensation que ma main avait éprouvée en enfonçant le trocart fut celle qu'on éprouve lorsqu'on pénètre dans une tumeur dure, fibreuse, et cependant il nous semblait toujours ressentir à la palpation une fluctuation évidente et superficielle.

Supposant plusieurs loges dans cette tumeur et pensant que le trocart, qui était enfoncé profondément, avait traversé une de ces loges pour pénétrer ensuite dans un tissu compacte, je retirai peu à peu la canule du trocart, et aussitôt un flot de sang très-vif et très-rouge jaillit à pleine canule et avec une force telle qu'en moins d'une minute il s'en était écoulé plus de 600 grammes.

Dans l'espoir de mettre fin à cet écoulement sanguin, je retirai tout à fait la canule, et les doigts d'un aide fermèrent la piqûre du trocart, ce qui n'empêcha pas l'hémorrhagie de continuer. J'essayai de fermer cette piqûre du trocart en plaçant une ligature à l'aide d'un ténaculum, mais impossible d'y parvenir; le sang continua de couler; bien plus, les piqûres du ténaculum devinrent une nouvelle source d'hémorrhagie. Pour arrêter cet écoulement de sang, nous pensâmes que le moyen le plus prompt était de porter une ligature sur le pédicule de cette tumeur, et pour y arriver je m'empressai d'extraire celle-ci; mais elle était si grosse qu'il fallut prolonger l'incision de 5 ou 6 centimètres au-dessus du nombril. J'essayai inutilement de faire sortir cette tumeur par la large ouverture que j'avais pratiquée; de fortes adhérences placées sur ses côtés et en arrière m'en empêchaient; j'essayai alors, avec la main d'abord, ensuite avec le manche d'un scalpel, de détruire ces adhérences, mais je ne pus y parvenir; il fallut recourir au bistouri et aux ciseaux; mais de tous les points où érignes ou crochets étaient placés dans cette tumeur, et où les adhérences avaient été rompues ou coupées, le sang coulait en abondance comme d'une véritable éponge. Pour tâcher de mettre fin à cette perte trop considérable de sang, je m'empressai de jeter une forte ligature sur la racine de cette tumeur, en la faisant soulever par des aides, après l'avoir fait sortir par l'incision abdominale; mais la base de cette tumeur était si large, plus large que la paume de la main, et formée par un tissu si dur, si compacte, que la ligature ne put la comprimer assez pour arrêter complétement l'écoulement du sang, qui se faisait également par les parois abdominales, dans les points où les adhérences avaient été détruites. Toute la partie de la tumeur placée au-dessus de la ligature fut excisée avec un bistouri. La

base de cette tumeur était confondue avec les ligaments et l'ovaire gauche, de telle façon qu'il n'était plus possible de distinguer ces parties entre elles. C'était un tissu blanc jaunâtre, dur, lardacé, squirrheux, criant sous le scalpel, et le tissu qui formait la base de cette tumeur était si dur, si sécable, que plusieurs ligatures placées sur le moignon ou la base de cette tumeur ne purent arrêter complétement l'hémorrhagie. Si on les serrait trop, quoiqu'elles fussent très-grosses, elles coupaient le tissu; si on ne les serrait que médiocrement, l'hémorrhagie continuait.

D'autres ligatures furent appliquées dans les points où les adhérences avaient été coupées; mais, quoi qu'on pût faire, le sang ne cessa de couler en nappe et de sourdre de tous les côtés jusqu'à la mort de la malade, qui eut lieu quatre heures après l'opération. Une compression faite avec de l'agaric sur tous les points où la tumeur avait été excisée ne put parvenir à arrêter complétement l'écoulement du sang.

La tumeur enlevée était très-lourde relativement à son volume; elle pesait 11 kilogrammes et demi. Elle était ronde comme une boule, et avait deux fois le volume de la tête d'un adulte. Elle n'offrait de cavité dans aucun point de son étendue, et ne renfermait par conséquent aucun liquide. Elle était formée d'un tissu blanc jaunâtre, lardacé, dur comme le tissu fibreux et criant sous le scalpel : c'était du tissu squirrheux. Cette tumeur était entourée d'un réseau veineux très-dilaté, offrant des veines grosses comme le petit doigt. C'étaient ces veines qui avaient fourni si abondamment à l'écoulement du sang. La matrice, placée derrière le pubis, avait son volume ordinaire et ne paraissait pas participer à la maladie; les ligaments et l'ovaire droits paraissaient également sains.

M. GIRALDÈS. M. Baker-Brown opère ses malades dans une maison de santé établie dans d'excellentes conditions. Ce chirurgien a fait déjà un assez bon nombre d'opérations, et il a eu de bons résultats. Autrefois, M. Clay faisait une énorme incision allant presque de l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis. MM. Baker-Brown et Wells ont modifié le manuel opératoire; on en trouve tous les détails dans le livre des *Maladies chirurgicales chez les femmes*, par Baker-Brown. Mais il faut prendre garde aux statistiques. Les chirurgiens sont loin d'avoir toujours des succès, et il y a bien des revers. Il y a une quinzaine d'années, l'ovariotomie était pour ainsi dire de mode, et j'ai fait un relevé portant sur plus de 200 cas. Parmi ces opérations, il en est qui ont été pratiquées pour des tumeurs fibreuses de l'utérus; il en est qui ont été commencées sans pouvoir être terminées; enfin des chirurgiens ont quelquefois opéré des cas dans lesquels on

aurait pu s'abstenir d'une pareille opération. Or il est à remarquer que ce sont ces dernières qui ont surtout été suivies de succès.

M. Giraldès insiste ensuite sur les résultats de l'opération césarienne à Paris, et sur les mauvaises conditions dans lesquelles on est placé relativement à celles que M. Baker-Brown trouve dans sa maison de santé.

M. HOUEL fait remarquer qu'il a été l'interprète de M. Nélaton dans cette communication, et il ne pensait pas qu'il s'élèverait de suite une discussion sur l'ovariotomie. Il ajoute que les chirurgiens anglais distinguent avec soin les diverses variétés de kystes, qu'ils n'opèrent que les kystes multiloculaires ou gélatineux ; qu'ils s'abstiennent de toute ponction préalable pour éviter les adhérences consécutives. Il rappelle toutes les précautions qui sont prises pour éviter la sortie des intestins par la plaie, et l'écoulement du liquide dans la cavité péritonéale.

M. GIRALDÈS n'a porté d'accusation contre aucun chirurgien ; mais il existe des pièces qui prouvent que des opérations ont été pratiquées dans des conditions où elles auraient pu être évitées.

M. BLOT. J'ai assisté à une opération d'ovariotomie pratiquée en 1849, à l'hôpital Cochin, par M. Maisonneuve. Cette opération était faite dans d'excellentes conditions, eu égard à la tumeur, à son volume, et à l'état général de la malade. C'était sur une religieuse de l'hôpital, qui voulait absolument être délivrée de sa tumeur. L'opération fut faite promptement, sans complications. La malade mourut dans la nuit suivante. Nous n'avons pu faire l'autopsie ; mais en examinant la cavité abdominale par la plaie, nous n'avons trouvé aucune lésion qui pût expliquer une mort aussi rapide.

M. VERNEUIL. Depuis quelque temps, en France, on nous répète à satiété les statistiques des Anglais, des Américains, des Allemands. Il serait temps que l'on réduisît toutes ces assertions à leur juste valeur. En France, nous sommes sévères sur le diagnostic; nous n'opérons que quand l'opération est bien indiquée. A l'étranger, on enlève des kystes de l'ovaire qui n'exigent pas semblable opération ; on résèque des têtes de fémur qui n'ont pas suppuré. Il serait temps vraiment que l'on sût à quoi s'en tenir. Sommes-nous inférieurs à nos voisins ? Nos hôpitaux sont-ils plus insalubres ? Cette question est déjà portée devant l'Académie, et j'espère qu'elle sera aussi discutée dans notre Société, car elle nous intéresse vivement.

M. CHASSAIGNAC. La présentation qui nous a été faite n'est pour nous qu'un renseignement, et ne renferme pas les éléments d'une discussion à laquelle nous ne sommes pas préparés. Je désire vous

signaler un livre que j'ai reçu de M. Spencer Wells, et qui examine cette question à un point de vue très-net et très-précis. J'ajouterai que pour ma part j'ai renoncé à cette opération.

— La suite de la discussion sur les hernies ombilicales est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

1° M. DEPAUL présente des pièces pathologiques provenant d'un jeune garçon de cinq mois atteint d'**hydrocéphalie**, et recueillies dans son service à l'hospice des Enfants assistés. Les ventricules du cerveau renfermaient 1,800 grammes de liquide.

L'enfant J. M. B..., né le 13 mai 1861, qui fait l'objet de cette observation, a été présenté le 1er octobre 1861 à la consultation de M. Marjolin.

On y a recueilli quelques notes qui nous ont été transmises lors de son entrée à l'hospice des Enfants assistés.

La mère, âgée de vingt-sept ans, est mariée depuis quinze mois. Elle devint enceinte un mois et demi après son mariage.

C'était sa première grossesse.

Pendant les neuf mois sa santé fut très-bonne, bien qu'elle se fatiguât beaucoup à soigner son mari.

Le 11 mai, étant voisine du terme de sa grossesse, elle fut prise d'une série de symptômes alarmants.

Tout d'abord un œdème, qui débuta par les pieds, pour envahir tout le reste du corps. Il y eut un peu de céphalalgie. La jambe gauche fut prise d'une paralysie du mouvement. La vue se perdit d'une façon graduelle et rapide. La mémoire et les autres facultés intellectuelles s'affaiblirent, à tel point qu'elle restait étrangère à tout ce qui l'entourait.

A cette époque on lui pratiqua une saignée du bras, qui ne fut suivie d'aucune amélioration.

Le 13 mai, l'accouchement se fit d'une manière normale, et l'enfant parut bien portant et bien conformé.

Huit jours après, les divers symptômes que nous avons énoncés disparurent peu à peu; la vue revint graduellement. Pourtant cette femme prétend avoir encore aujourd'hui, 1er octobre, un léger brouillard devant les yeux. Ses urines ne renferment pas d'albumine, elle raconte alors qu'à la Charité, où elle se fit transporter après son accouchement, elle vit, comme on faisait la même expérience, un dépôt blanc au fond du verre à analyse.

L'enfant fut mis en nourrice et vu presque tous les jours. Au bout de six semaines, il eut une attaque d'éclampsie ; on s'aperçut seule-

ment alors que sa tête augmentait de volume. Depuis ce jour, l'accroissement s'est fait d'une manière graduelle.

Aujourd'hui, 1er octobre, il y a une disproportion énorme entre le volume du crâne et celui de la face. Les bosses frontales font une saillie un peu plus considérable que dans l'état normal; la voûte orbitaire est affaissée. Une portion de la peau de la face a gagné la région crânienne.

Par suite, les paupières supérieures sont portées en haut et restent immobiles. Les inférieures, remontées par leurs commissures, voient leurs bords libres décrire une courbe à concavité supérieure. Elles recouvrent complétement la pupille, dont la contractilité est affaiblie. Il y a un peu de strabisme convergent.

Le reste du corps de l'enfant est bien conformé, quoique amaigri. Les bras sont peu actifs; les jambes jouissent de mouvements plus marqués. La sensibilité générale est conservée.

La mensuration de la tête donne les mesures suivantes :

Diamètre antéro-postérieur.	0,20
— bipariétal.	0,17
— bifrontal.	0,11
De la racine du nez à la protubérance occipitale externe.	0,40
D'une apophyse mastoïde à l'autre, en passant par le sommet de la tête.	0,39
Circonférence au niveau des bosses frontales.	0,53
Circonférence au niveau des conduits auditifs externes.	0,45
Taille de l'enfant.	0,58

Le 21 octobre 1861, B... entre dans le service de M. Depaul.

Pendant les vingt et un jours qui se sont écoulés entre l'observation de M. Marjolin et la nôtre, la circonférence crânienne s'est accrue de 6 centimètres. Aussi tous les phénomènes déjà indiqués sont-ils beaucoup plus frappants.

Les cheveux sont éparpillés sur une large surface.

L'épiderme distendu s'est fendillé et se soulève en larges plaques. L'iris est entièrement caché sous la paupière inférieure. Les yeux restent toujours entr'ouverts; la conjonctive oculaire, exposée sans cesse au contact de l'air, s'est enflammée. Aussi ce qu'on aperçoit de la sclérotique se trouve baigné dans un muco-pus légèrement verdâtre. Ce muco-pus s'écoule sur les joues amaigries et excoriées.

Les lèvres entr'ouvertes se meuvent comme automatiquement.

Aussi cet enfant produit-il une des impressions les plus repoussantes et les plus pénibles que peut nous offrir le cadre nosologique.

En examinant la tête de plus près, on sent les fontanelles plus gran-

des que dans l'état normal; mais on ne peut percevoir la fluctuation, qui, suivant quelques auteurs, serait sensible dans les cas de cette nature.

Les os n'offrent pas de résistance; il est difficile de les limiter.

Notre petit malade ne présente pas de phénomènes généraux bien marqués. Il est très-amaigri; les bras et les jambes se meuvent avec lenteur. La sensibilité générale est conservée, en partie du moins, car des mouvements volontaires sont produits quand on la met en jeu. Autant qu'on en peut juger chez un enfant de cet âge, les facultés intellectuelles ne sont pas abolies, car les besoins sont indiqués par de petits cris, qui cessent dès qu'on les a satisfaits.

L'appétit est bon, et malgré l'allaitement artificiel, il n'y a ni diarrhée ni vomissement.

Les jours suivants nous observons un affaiblissement graduel. Puis surviennent du muguet, des vomissements, de la diarrhée.

Pas de phénomènes convulsifs.

Le 1er octobre, en soulevant la tête de l'enfant, on aperçoit, au niveau de la protubérance occipitale externe, une surface rouge, avec commencement de mortification à son centre.

Enfin, le 3 octobre, la mort survient à la suite de cet état cachectique, développé par le séjour dans nos salles et la mauvaise alimentation.

Mensuration de la tête.

Diamètre antéro-postérieur	0,18
— bi-pariétal	0,18
— bi-temporal	0,14
— sous-occipito-bregmatique	0,18
— bi-mastoïdien	0,175
— fronto-mentonnier	0,095
— bi-malaire	0,083
Circonférence au niveau des bosses frontales	0,59
Taille de l'enfant	0,67

Comme on le voit d'après ces chiffres, les grands diamètres, c'est-à-dire ceux qui passent par le centre du crâne, sont à peu près égaux. Il s'ensuit que la boîte crânienne est devenue sphérique. Ce phénomène doit être attribué à la distension régulière.

Autopsie trente-six heures après la mort. — Les enveloppes encéphaliques sont moins tendues que du vivant de l'enfant. La position déclive de la tête ne détermine pas leur tension.

M. Depaul procède à l'ouverture du crâne. Il pratique une incision circulaire au niveau des bosses frontales. Les os et la dure-mère

coupés et rabattus nous laissent voir les circonvolutions cérébrales se moulant exactement sur les méninges, sans interposition de liquide. Nous avions donc affaire à une hydrocéphalie ventriculaire. En effet, l'ouverture des ventricules latéraux des deux côtés donne passage à une sérosité limpide et abondante.

L'importance de la matière nous conduit à décrire séparément et en détail les téguments, les os, les méninges, le cerveau, la moelle et le liquide intra-ventriculaire.

Téguments. — Le derme est aminci, la couche aréolaire n'est plus distincte.

Les muscles occipito-frontaux sont étalés de telle sorte que les faisceaux secondaires qui les constituent sont isolés les uns des autres.

Les os du crâne, soumis à la distension, se sont étendus, tandis que leur épaisseur a diminué. Peut-être est-elle plus considérable au niveau des points d'ossification primitifs; mais à mesure qu'on s'en éloigne, le tissu osseux se raréfie d'une manière irrégulière, de telle sorte que, dans certains endroits, il a plus d'un millimètre d'épaisseur, tandis que dans d'autres il y a déperdition complète. Sur le frontal et les deux pariétaux, on compte plus de quarante points de dimension et de figure variables, où l'absence de tissu osseux a laissé le péricrâne se mettre en rapport immédiat avec la dure-mère.

Plusieurs hypothèses s'offrent à l'esprit pour expliquer cette singulière disposition :

1° L'insuffisance du blastème d'ossification;

2° Le défaut de rapport entre la disposition osseuse et le développement des os;

3° La distension a été suffisante pour écarter dans ces points le tissu osseux déjà formé;

4° Avant la distension, ces trous existaient déjà; ils ont été seulement agrandis.

(Cette opinion s'appuie sur des faits observés par M. Depaul : chez certains enfants d'ailleurs bien constitués, les os du crâne présentent des trous comme faits à l'emporte-pièce.)

De ces quatre hypothèses, nous pouvons dès l'abord rejeter les deux premières; car les pertes de substance en question siégent à une faible distance des points d'ossification primitifs. Elles sont donc comprises dans le rayon d'un os normal. Des deux dernières, nous préférons celle qui considère cette disposition comme dépendante de causes mécaniques. Car, en y regardant de plus près, on voit des points où le tissu osseux est tellement aminci, que, au premier abord, il ne paraît pas exister; on voit aussi du côté de la fontanelle posté-

rieure des portions de tissu osseux, détachées et entraînées dans l'espace cellulo-fibreux.

L'occipital n'a pas participé autant que les autres os au développement crânien.

Méninges encéphaliques. — La face externe de la dure-mèrc est devenue très-adhérente dans tous ses points avec les os et le tissu fibreux des fontanelles. La faux du cerveau a, sauf ses dimensions plus considérables, une disposition normale ; elle n'a pas ces solutions de continuité qu'elle présente si fréquemment. La tente du cervelet ne présente non plus rien à noter.

La possibilité de détacher l'arachnoïde pariétale sur tous les points correspondant aux lobes cérébraux la rend évidente dans ce cas pathologiquo et prouve son existence contestée dans les cas normaux. On peut en extraire des lambeaux continus de trois centimètres de côté, soit neuf centimètres de surface. Il nous semble que ce fait tranche la question d'une manière complète ; car on ne peut pas faire intervenir ici une production pseudo-membraneuse, comme dans les cas d'hémorrhagie méningée.

Il n'y a pas d'adhérence entre l'arachnoïde pariétale et l'arachnoïde viscérale. Cette dernière pénètre entre les circonvolutions, qui sont aplaties les unes sur les autres, comme les feuillets d'un livre. Leurs bords libres, tranchants, s'appuient si exactement sur le dos des circonvolutions voisines, qu'au premier abord on dirait qu'elles se sont affaissées sur leur base.

Il n'y a pas de liquide dans les espaces sous-arachnoïdiens. Le système vasculaire de la pie-mère est assez développé. Par suite de l'allongement des troncs principaux, les branches collatérales naissent à une certaine distance les unes des autres.

Le cerveau forme une vaste poche à deux lobes ; le cervelet n'a pas subi de modification apparente.

Le tissu nerveux du cerveau est ramolli dans toute sa masse; mais le travail pathologique a surtout porté sur la substance grise, qui se détache facilement de la blanche. Cette disposition, étudiée par M. Cruveilhier (*Anat. path.*, 4e vol.), prouve que le ramollissement n'est pas dû à l'action du liquide ventriculaire. En effet, s'il en était ainsi, les couches les plus internes seraient les plus molles. Nous sommes bien plus portés à croire qu'il est dû à une compression prolongée, d'autant plus efficace que le tissu encéphalique est très-mou chez l'enfant, et que la substance grise, dépourvue de fibres nerveuses, se laisse plus facilement dissocier.

Les ventricules latéraux ne sont pas dilatés également dans tous leurs points. L'extrémité antérieure et l'étage inférieur ont une ca-

pacité très-grando, tandis que la cavité ancyroïdo est à peine dilatée.

Aussi trouvons-nous 3 millimètres d'épaisseur pour les deux substances au niveau du lobe frontal, 1 millimètre seulement pour le lobe sphénoïdal, et 18 millimètres pour le lobe occipital.

Le *septum lucidum* est détruit. Etablie de cette façon, l'ouverture qui fait communiquer directement les deux ventricules latéraux a même été beaucoup augmentée, car le trigone cérébral est entièrement séparé du corps calleux, qui, étiré, aminci, a une largeur de plusieurs centimètres.

Les ventricules latéraux communiquent encore indirectement par le troisième, car les trous de Monro sont élargis de telle sorte qu'on y passe deux doigts.

Le troisième ventricule aussi a été distendu, et sur son plancher aminci on voit l'infundibulum formant une poche qui comble l'espace sous-arachnoïdien antérieur.

L'aqueduc de Sylvius a été dilaté; son calibre est d'un diamètre de 6 à 7 centimètres.

Malgré cette large communication, les parois du quatrième ventricule n'ont pas été déjetées dans tous les points.

La valvule de Vieussens seule a cédé, et le liquide, en refoulant cette portion de la face inférieure du cervelet, où sont compris le vermis supérieur, la luette et les valvules de Tarin, s'est creusé une cavité de plusieurs centimètres cubes. Les lamelles fibrineuses, plus denses que d'ordinaire, qui forment les côtés inférieurs du losange figuré par ce ventricule, ont résisté à la pression.

On comprend dès lors comment le liquide ventriculaire n'a pu pénétrer dans l'espace sous-arachnoïdien postérieur.

L'isthme de l'encéphale ne présente pas de modifications.

Les méninges rachidiennes sont normales, et le canal vertébral ne renferme pas de liquide en quantité notable.

Des coupes transversales de la moelle montrent sa structure ordinaire.

Le liquide ventriculaire, recueilli et pesé avec soin, nous donne un poids de 1,800 grammes. La chaleur et l'acide azotique y révèlent une notable quantité d'albumine.

Au bout de vingt-quatre heures, dans le grand vase où nous l'avions mis, ce liquide s'est séparé en deux couches. La couche supérieure est d'une limpidité parfaite; l'inférieure, légèrement opaline, présente une coloration rouge très-marquée et n'occupe que la vingtième partie de la hauteur du vase.

Le microscope nous révèle sa composition en nous montrant des

globules rouges de sang, les uns circulaires, les autres déchiquetés sur leurs bords.

On voit encore dans la préparation quelques cristaux et débris de cristaux rhomboédriques teintés de rouge. Ce sont là les caractères de l'hématoïdine.

Tous les organes de notre sujet ont été étudiés. Nous n'avons rien trouvé dans le cœur et les gros vaisseaux.

L'urine renfermée dans la vessie contenait de l'albumine.

M. CHASSAIGNAC a observé un certain nombre d'hydrocéphalies; il a fait des autopsies, et il n'a jamais trouvé le liquide que dans la cavité des ventricules.

— 2° M. BROCA présente un exemple de **corps étranger de l'œsophage** ayant déterminé la mort par asphyxie.

Il s'agit d'un idiot de Bicêtre, de taille et de formes herculéennes, mais dont la tête était remarquablement petite. Cet idiot n'a jamais parlé; mais, en revanche, il poussait toujours un cri strident que connaissaient très-bien toutes les personnes de Bicêtre et des environs. Ce cri était composé d'un seul éclat, et ressemblait un peu au cri du paon. Auguste (c'était son nom) était âgé de vingt-sept ans, et d'une gloutonnerie remarquable; il ne mâchait pas, le plus souvent, ce qu'il avalait. Dimanche dernier, pendant son repas, on s'aperçut qu'il étouffait. L'interne de garde fut appelé; mais six hommes vigoureux ne suffisaient pas à maintenir Auguste, qui serrait les mâchoires et empêchait toute exploration. Pendant ces efforts, ou, pour mieux dire, cette lutte, il suffoquait davantage. Je remarquai, au moment où je fus appelé, qu'il existait de l'emphysème dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région cervicale. On ne sentait rien au niveau de la trachée et de l'œsophage; le larynx n'était pas soulevé en avant, et l'exploration de ses parties latérales ne faisait reconnaître aucun corps étranger. Pourtant le malade avait de temps en temps des signes d'asphyxie.

On avait essayé de pratiquer le cathétérisme de l'œsophage par le nez, mais on pénétrait toujours dans la trachée. On en était immédiatement prévenu par l'issue de l'air par la sonde et tous les signes qui accompagnent cette pénétration dans les voies aériennes. J'eus alors l'idée de passer une sonde dans chaque narine. La première entra dans la trachée, la seconde dans l'œsophage. Je ne sentis rien dans l'œsophage.

J'attendis: l'asphyxie allait en augmentant, et je n'avais aucune indication pour aller ouvrir l'œsophage dans la région cervicale. J'espérais que l'insensibilité déterminée par l'asphyxie materait cette nature bestiale, et je me proposai d'ouvrir la trachée *in extremis*.

A onze heures du soir, on vint me prévenir en toute hâte; j'accourus; il était trop tard. J'ouvris la trachée, mais le pauvre idiot ne put être rappelé à la vie.

Autopsie. — Le cerveau ne pesait que 652 grammes (moitié à peine de la moyenne du poids du cerveau des individus de cet âge). Les circonvolutions étaient larges, peu profondes, et vraiment ce cerveau était inférieur à celui de l'orang-outang.

L'estomac renfermait une masse énorme de pommes de terre tout entières, et parmi elles, il y en avait du volume au moins d'un œuf.

Le corps étranger est formé de deux morceaux de côte (probablement de veau) réunis par l'espace intercostal. Il est enclavé entre les deux lames du cartilage thyroïde, et occupe en partie l'ouverture de l'œsophage, en partie le pharynx; il est plat, peu épais: circonstances qui expliquent pourquoi il ne refoulait pas la trachée en avant, et pourquoi on ne le sentait pas sur les parties latérales.

Le larynx est énorme, ce qui étonne peu, quand on songe que depuis plusieurs années Auguste ne cessait de crier, et les muscles sont énormément développés.

Enfin, il est une circonstance que je tiens à signaler: contrairement à ce qui arrive ordinairement dans de semblables circonstances, l'inspiration était plus facile que l'expiration. Auguste a toujours refusé de rien avaler depuis le moment de son accident jusqu'à sa mort.

La pièce sera déposée au musée Dupuytren.

M. CHASSAIGNAC. Les os revêtus de leur périoste, et souvent de parties molles, sont difficiles à reconnaître par le cathétérisme. Cette difficulté est surtout très-grande dans les circonstances semblables à celles qui se sont rencontrées dans le fait de M. Broca, où l'on ne peut obtenir aucun renseignement. J'ai observé un malade qui avait avalé un os volumineux et qui buvait très-bien; j'ai été un certain temps pour m'assurer de sa présence à l'entrée de l'œsophage. Je l'ai retiré avec une pince œsophagienne.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, L. Bauchet.

Séance du 4 décembre 1861.

Présidence de M. Laborie.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

A l'occasion du procès-verbal, M. GIRALDÈS: La communication

de M. Houël, au nom de M. Nélaton, la relation des opérations de M. Baker-Brown ont intéressé vivement les chirurgiens et toute la presse. On a parlé de cinq opérations toutes suivies de succès, mais cette statistique n'est pas celle de M. Baker-Brown lui-même. Il a donné un relevé de seize observations, dans lesquelles il y a des morts. Pourquoi n'avoir parlé que de cinq?

M. Spencer-Wells, qui recueille et publie les opérations et leurs résultats, nous donne la relation de 24 cas, dont 14 à l'hôpital et 5 morts, et 10 en ville et 3 morts ; en somme, 8 morts. Les cas de mort sont variables : il en est qui surviennent vingt-quatre, quarante-huit heures après l'opération ; il y a des femmes qui ont péri d'hémorrhagie.

M. Baker-Brown, avait dit M. Houël, n'opère que les kystes multiloculaires; or, je trouve dans les propres observations du chirurgien anglais deux kystes uniloculaires.

Il y a aussi une statistique de M. Clay de 1861. M. Clay a fait 104 opérations. 97 fois les malades ont été traitées et surveillées par lui; il avait été appelé pour opérer les autres femmes et n'a pas suivi leur traitement. Il y a 29 morts pour la première série, 5 pour la seconde.

Je crois donc que cette opération n'offre pas une perspective aussi rassurante que pourrait le faire supposer la communication que M. Houël a faite à la Société.

M. HOUEL. En faisant la communication au nom de M. Nélaton, je n'ai pas eu l'intention, la Société doit s'en souvenir, de donner la statistique de M. Baker-Brown, pas plus que de chercher à démontrer l'innocuité de l'ovariotomie, ce qui est loin de ma pensée. Je me suis borné seulement à rendre compte de l'opération dont M. Nélaton avait été témoin, et des malades que M. Nélaton avait vues dans la maison de santé de M. Baker. M. Giraldès n'a pas compris les limites dans lesquelles j'avais voulu rester, et la Société n'a pas non plus commencé une discussion sur l'ovariotomie en général, et sur les statistiques qui ont été publiées.

Quant à la malade qui a fait le sujet de cette communication, voici les détails qu'a reçus M. Nélaton, et qui lui ont été adressés par M. Henri Guéneau de Mussy.

M. Guéneau de Mussy a vu la malade deux fois, cinq jours et huit jours après l'opération. Le cinquième jour il y avait de la fièvre, de la stupeur, 120 pulsations, mais pas de douleur abdominale.

Vendredi dernier, c'est-à-dire huit jours après l'opération, pas de fièvre, pas de douleur abdominale, ventre souple. Le pédicule de la tumeur était tombé, la malade mangeait. Mais M. de Mussy ne parle

pas des points de suture de l'utérus. J'aurai, je l'espère, de nouveaux détails à fournir dans la prochaine séance.

Sur une demande de M. HUGUIER, M. Houël répond que la suture était faite avec des fils métalliques et suivant la méthode dite *suture perdue.*

M. GIRALDÈS ajoute que le fait est publié dans le numéro du 30 novembre de la *Lancette* anglaise.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit :

Les journaux de la semaine;

L'*Art dentaire*, décembre 1861;

Les *Archives générales de médecine*, décembre 1861;

La *Gazette médicale de Strasbourg.*

Le rapport fait à la Société pratique *sur la valeur de l'acupuncture du cœur*, proposée par M. Plouviez comme moyen de distinguer la mort réelle de la mort apparente;

Un volume de M. J.-P. Semmelweis, professeur d'obstétrique à l'Université royale de Pesth, *sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre puerpérale* (publié à Pesth en 1861, en allemand) ;

Deux lettres imprimées du même auteur adressées à MM. Spaeth Scanzoni et Siebold , relatives également à la fièvre puerpérale. Ces publications sont accompagnées d'une lettre de l'auteur. (Renvoyé à M. Danyau.)

Une brochure de M. Silbert (d'Aix), intitulée : *Quelle est la conduite à tenir dans les cas de mort apparente de l'enfant nouveau-né?*

— La Société a reçu la lettre suivante de M. le docteur Laurent (de Langres) sur une opération de hernie ombilicale suivie de guérison :

« Messieurs, M. Huguier a présenté à la Société de chirurgie, après une enquête sommaire, un tableau bien sombre du résultat des opérations de *hernies ombilicales.* Une seule fois il m'a été donné de faire cette opération, et je vous avouerai franchement que, si j'eusse connu cette triste statistique, je n'aurais probablement pas osé l'entreprendre; il y a plus : aujourd'hui, malgré le succès facile que j'ai obtenu, j'hésiterais à me charger d'une pareille responsabilité. Voici le fait :

» B. L..., âgé de soixante-quatre ans, habitant la petite commune de Saint-Maurice, à huit kilomètres de Langres, manouvrier, très-laborieux, atteint d'une albuminurie très-prononcée, et dont j'avais reconnu tous les caractères, fut pris, le 4 octobre 1852, tout à coup,

de violentes coliques et de fréquents vomissements; on vint me chercher en toute hâte, et, à mon arrivée, je constatai que tous les accidents étaient produits par l'étranglement d'une hernie ombilicale. L'anneau ombilical avait entièrement disparu, et était remplacé par une tumeur ayant le volume d'une orange moyenne. Il existait, avec une ascite, un œdème considérable, conséquences de la maladie de Bright. J'essayai de suite d'opérer la réduction de cette hernie, mais toutes mes tentatives furent infructueuses. Le malade étant bien fatigué par les efforts que j'avais faits, je dus le laisser en repos et renoncer pour le moment à tout travail de réduction.

J'avais cependant ordonné deux lavements; puis le malade avait pris de l'huile de ricin, mais elle avait été vomie, et les lavements n'avaient produit aucun effet. Je quittai le malade dans la soirée du 24 octobre, et le lendemain je revins accompagné de mon honorable confrère M. Gillot. Tous les symptômes s'étaient aggravés pendant la nuit, les vomissements avaient continué, et la tumeur présentait le même aspect. M. le docteur Gillot fit aussi de vaines tentatives de réduction, puis nous nous décidâmes à pratiquer la kélotomie.

Je fis sur la tumeur une incision cruciale; les quatre lambeaux furent disséqués avec beaucoup de précaution, et je mis à nu le sac herniaire, que j'ouvris avec lenteur en coupant obliquement couche par couche, afin d'éviter la lésion de l'intestin hernié. Bientôt un flot de liquide transparent nous avertit que le sac était ouvert; cette ouverture fut agrandie, et nous aperçûmes une anse intestinale, présentant la forme d'un large champignon, étalée au fond du sac, qui ne contenait que cette anse intestinale sans épiploon. Je glissai un bistouri courbe entre cette anse et la paroi abdominale sur la ligne blanche, le tranchant tourné en haut du côté de l'épigastre, et, comme les parois abdominales étaient distendues par une grande quantité de liquide, la plus légère pression sur l'instrument tranchant suffit pour opérer le débridement; l'intestin, qui n'avait pas subi d'altération sérieuse, fut réduit immédiatement. Par l'ouverture herniaire, nous fîmes écouler tout le liquide que contenait l'abdomen. Le malade ne perdit point de sang, et nous procédâmes de suite au pansement. Nous rapprochâmes les quatre lambeaux par des points de suture; nous appliquâmes une compresse fenêtrée et enduite de cérat sur la plaie; la compresse fut recouverte de charpie, et un bandage de corps maintint le tout en place.

Les suites de cette opération furent des plus heureuses; les vomissements cessèrent, les selles se rétablirent; puis au premier pansement, cinq jours après, je trouvai les quatre lambeaux de la plaie presque entièrement réunis par première intention.

Quinze jours après, la cicatrice était complète et bien solide, et cet homme, débarrassé pour le moment de la gêne que lui causait son ascite, put reprendre son travail pendant un certain temps; mais l'ascite se reproduisit, les forces diminuèrent de plus en plus, et il finit par succomber dans les derniers jours de l'année 1853.

— M. le docteur **LHONNEUR**, médecin aide-major de 1re classe, adresse à la Société la fin de l'observation de l'**enchondrome du testicule** qu'il a présentée dans la séance du 2 octobre 1861.

Le malade a été opéré le 1er octobre. Il y eut pendant les premiers jours qui suivirent l'opération un gonflement considérable du scrotum. Les lèvres de la plaie s'étant écartées sous l'influence de l'infiltration des tissus à la partie déclive laissée libre, et dans un autre point où une serre-fine était tombée quelques heures après son application, je crus, de peur d'une désunion complète, devoir laisser les autres serre-fines jusqu'à la visite du 3 octobre. La réunion s'établit *immédiatement* dans tous les points où les serre-fines sont restées appliquées, c'est-à-dire dans les trois quarts de la hauteur de la plaie.

Après dix à douze jours d'une suppuration abondante, sans réaction générale sérieuse, la cicatrisation était à peu près complète; le gonflement avait diminué très-rapidement; le cordon seul, infiltré encore de lymphe plastique, formait une tumeur cylindroïde, d'un diamètre de 2 centimètres, s'étendant jusqu'à l'entrée du canal inguinal, dure et sensible à la pression. Les ligatures des vaisseaux étaient tombées les huitième et neuvième jours (trois artérioles avaient été liées).

Cette tuméfaction du cordon, qui d'abord m'avait fait craindre une récidive de l'affection, alla en diminuant progressivement, en même temps que la sensibilité disparut.

Le 18 octobre, quand je quittai l'opéré, le cordon avait le volume d'un petit doigt et était insensible à la pression. Un petit pertuis fistuleux existait à la partie la plus déclive du scrotum. Le défaut de cicatrisation en ce point avait été entretenu par le renversement des bords de la plaie.

Aujourd'hui 2 décembre, une cicatrice linéaire à peine apparente existe à la face externe du scrotum. L'induration du cordon a disparu; le canal déférent reste seul dur, mais sans bosselure, et du volume environ d'un tuyau de plume à écrire.

Aucun ganglion n'est appréciable dans la région iléo-lombaire.

Rien ne fait présager une récidive de la tumeur, ni l'extension de la maladie dans un autre organe.

Le testicule droit est resté sain. L'état général de l'opéré est excellent.

Voici maintenant le résultat de l'examen de la pièce fait par M. Verneuil :

M. Lhonneur m'ayant prié de soumettre au microscope les éléments de cette remarquable tumeur, j'ai profité de l'occasion pour élucider quelques points d'anatomie pathologique relatifs à l'origine de l'enchondrome testiculaire, et à l'état du tissu séminal dans les cas de ce genre.

Je n'ajouterai donc rien à la description générale qu'on a lue plus haut, mais je m'arrêterai seulement sur les points suivants :

1° Distribution et siége précis des dépôts cartilagineux;

2° Structure et connexions de ces dépôts;

3° Ossifications accidentelles disséminées dans la tumeur;

4° Kystes de diverse nature;

5° Parenchyme séminal et ses différents degrés d'altération.

Le cartilage se trouve :

A. Dans les cloisons fibreuses épaissies qui séparent les lobes de la tumeur les uns des autres. Il solidifie çà et là ces cloisons de manière à leur donner une certaine ressemblance avec les lamelles cartilagineuses de l'aile du nez ou du pavillon de l'oreille.

B. Dans l'enveloppe celluleuse qui entoure les lobules malades à la périphérie de la tumeur et les sépare de la couche de tissu glandulaire étalée qui double l'albuginée. En ce point, le cartilage prend la forme d'aiguilles plus ou moins longues et parallèles qui s'anastomosent entre elles, et qui constituent aussi des plaques réticulées plus ou moins étendues. Cette forme est évidemment une variété de la précédente, c'est-à-dire que c'est dans les tuniques enveloppantes que le cartilage est déposé.

C. Au voisinage du bord postérieur et supérieur, proche de la région du corps d'Highmore, on voit des cavités anfractueuses, lisses à l'intérieur, et qui renferment des masses cartilagineuses, rameaux très-irréguliers, qui tantôt tiennent à la paroi par des tractus fibreux, tantôt flottent dans la cavité tout à fait librement; on peut les en faire sortir avec une pointe d'épingle. Une de ces géodes, de plus de 1 centimètre de diamètre, renferme trois masses cartilagineuses enchevêtrées par leurs appendices, et dont l'une a perdu toute adhérence. Les autres géodes sont plus petites; d'autres sont en voie de formation. Nous nous expliquerons plus loin sur l'origine de cette disposition.

D. A même la substance séminifère, c'est-à-dire dans l'intérieur des lobes de la tumeur, on voit des corps cartilagineux de volume variable, en général allongés, cylindriques, ayant la forme d'un grain de blé, attachés à d'autres corps semblables par des tractus fibreux

et assez adhérents à la gangue qui les entoure : c'est là le véritable enchondrome glandulaire. L'origine première de ces corps est éclairée par des préparations prises dans les points où la lésion est tout à fait à son début. Quelques lobes de la glande dans lesquels la maladie est très-peu avancée, se prêtent très-bien à cette étude. Le tissu séminal est encore facilement reconnaissable. Le toucher constate seulement sur la coupe un peu d'induration. Des tranches très-minces portées sous le microscope montrent des tubes séminifères amplifiés, devenus irréguliers, moins facilement isolables qu'à l'état normal, et manifestement variqueux.

J'entends dire par là qu'au lieu d'être uniformément cylindriques, ils sont ici étranglés et effilés, là dilatés en forme de chapelets. Les dilatations sont pour la plupart closes, rondes, ovales, ellypsoïdes. Les unes sont remplies d'épithélium, les autres de liquide, de façon à former des kystes ; d'autres, enfin, logent des corpuscules arrondis, plus ou moins sphériques, et très-opaques. Malgré leur petit volume, on peut énucléer assez facilement ces corpuscules, et reconnaître qu'ils sont composés exclusivement de cartilage très-pur.

Comme la paroi glandulaire existe d'une manière très-manifeste (souvent même hypertrophiée) autour des varicosités des tubes, il est bien évident que les amas d'épithélium, les kystes et les noyaux cartilagineux siégent *dans l'intérieur des conduits séminifères*. Pour ce qui regarde les noyaux cartilagineux, je les ai vus tantôt remplir exactement le tube séminal, tantôt être séparés de la paroi par une couche mince d'épithélium ; ailleurs, enfin, j'ai vu le noyau étranger, qui avait acquis un assez grand volume, faire éclater, après l'avoir distendue, l'enveloppe que lui fournissait la tunique glandulaire. Il est donc tout à fait certain que le cartilage peut naître primitivement au milieu de l'épithélium nucléaire de la glande; mais rien n'autorise à croire que les éléments cartilagineux dérivent directement des noyaux épithéliaux eux-mêmes.

La structure des dépôts cartilagineux est fort semblable, en quelque point qu'on l'examine. Les cellules cartilagineuses sont très-bien caractérisées, d'un volume médiocre; elles sont plus ou moins condensées dans la substance intermédiaire, absolument anhiste, translucide, et dépourvue de fibres. Tantôt elles sont isolées, et alors sensiblement sphériques; tantôt groupées deux à deux, trois à trois, et en plus grand nombre; elles sont en ce cas polyédriques par pression. Les noyaux et les nucléoles sont bien évidents, mais n'offrent rien de spécial.

Les amas microscopiques renfermés dans les tubes séminifères sont tout à fait privés d'enveloppe propre; mais dans les cloisons,

les lamelles cartilagineuses sont en général en continuité et en contiguïté avec du tissu fibreux de nouvelle formation, abondamment pourvu de noyaux ovales, et qui, condensé çà et là, figure pour les dépôts cartilagineux une sorte de tunique enveloppante ou de périchondre. Même disposition pour les gros grains enchondromateux du centre, les lobules séminaux.

La tumeur, avons-nous dit, renfermait des kystes. L'association de cavités ampulliformes pleines de liquide et de dépôts cartilagineux a déjà été notée, et le testicule est un organe où la formation de kystes est commune, surtout combinée à des dégénérescences diverses.

Dans le cas actuel, ces cavités étaient de petite dimension et en petit nombre. Elles se présentaient sous deux formes bien distinctes. Les unes, creusées dans le tissu cellulaire au voisinage des masses cartilagineuses d'un certain volume, n'étaient autres que des bourses séreuses accidentelles; leur paroi, quoique lisse, n'offrait aucun revêtement épithélial. Les géodes, remplies de masses cartilagineuses dont j'ai parlé plus haut, appartenaient à cette variété; la sérosité qu'elles contenaient était aqueuse et transparente.

Les autres cavités ou kystes proprement dits possédaient une paroi propre, qu'on pouvait isoler et déchirer en fragments. Le liquide contenu était visqueux, opalin, comme du fluide prostatique étendu. On n'y trouvait pas de spermatozoïdes, mais en revanche des épithéliums isolés ou réunis en plaques sous forme de noyaux, pâles, gonflés, arrondis, appartenant sans aucun doute à d'anciens tubes séminifères actuellement très-dilatés.

J'ai dit plus haut, du reste, que j'avais constaté les premiers degrés de la formation kystique glandulaire dans ces segmentations, ces étranglements, ces dilatations tubuleuses, dont quelques-unes, déjà remplies de fluide, constituaient des kystes naissants d'un quart à un sixième de millimètre de diamètre.

Quelques mots en terminant sur les tubes séminifères. Ils étaient facilement reconnaissables dans la couche amincie qui doublait la tunique albuginée et formait à la masse morbide centrale une sorte de tunique adventice. Le tissu séminal était cependant devenu jaunâtre, friable, empâté de sucs plastiques, par places méconnaissable à l'œil nu. Toutefois, les tubes glandulaires, quoique plus difficilement isolables, existaient pour le microscope. Ils étaient seulement irréguliers, aplatis, beaucoup plus larges en général qu'à l'état sain. La paroi était distincte du contenu, mais comme celui-ci infiltrée de granulations graisseuses; l'épithélium, très-altéré et mélangé à d'abondantes granulations libres, se présentait ou à l'état de noyaux déformés, ratati-

nés, en voie d'atrophie, ou sous forme de cellules infiltrées de graisse, ressemblant aux corpuscules granuleux de l'inflammation.

Des altérations très-analogues se rencontraient dans les lobules jaunâtres du centre, qui n'étaient que médiocrement ou point du tout envahis par les dépôts cartilagineux. Dans les points, au contraire, où le tissu morbide était ramolli et comme diffluent, la paroi des tubes était difficile à distinguer. On ne trouvait que des noyaux d'épithélium très-abondants, flottant dans un suc un peu filant. Ce qui donnait à ces points une notable ressemblance avec le tissu de l'encéphaloïde du testicule, à cette différence près qu'on n'y retrouvait pas, comme dans le cancer, les larges noyaux polynucléolés.

La présence de nombreuses ossifications disséminées dans divers points de la tumeur n'est pas un des détails les moins intéressants de sa composition anatomique. La production osseuse la plus considérable répond au corps d'Highmore, c'est-à-dire au hile de la glande ; elle ne mesure pas moins de 4 centimètres d'étendue verticale sur une largeur et une épaisseur presque égales ; très-irrégulière à sa périphérie, cette production est ramiforme, à la manière d'un tronc de corail ; elle envoie des branches aiguës divergeant dans toutes les directions, mais surtout vers la grande circonférence et les faces latérales. Ces apophyses rameuses formées d'aiguilles funiculées paraissent suivre la direction des principales cloisons fibreuses qui partent du corps d'Highmore ; aussi sont-elles entourées de tissu fibreux et confondues avec lui.

On trouve encore quelques lamelles osseuses mélangées aux plaques cartilagineuses de la membrane d'enveloppe qui circonscrit immédiatement les lobules malades, enveloppe dont j'ai parlé plus haut.

Enfin, dans l'épaisseur même de la masse morbide, l'œil et le toucher surtout reconnaissent une foule de petites particules dures, inégales, d'apparence osseuse, et qui en effet présentent la structure caractéristique.

On constate que les ramifications, les lamelles ou les particules osseuses isolées, renferment un très-grand nombre d'ostéoplastes très-rapprochés les uns des autres, disposés souvent en séries parallèles au grand axe des aiguilles osseuses et à divers degrés de développement. Nulle part toutefois je n'ai pu voir de canalicules de Havers.

Il n'était pas sans intérêt de rechercher l'origine de ces ossifications. Je dois dire qu'elles m'ont paru procéder sans exception du tissu fibreux ou des lamelles cartilagineuses interlobulaires ; mais que nulle part elles ne m'ont semblé envahir les dépôts cartilagineux développés primitivement dans les éléments glandulaires.

J'ai observé aussi que l'os se substituait au cartilage, car on pouvait sans peine apercevoir tous les degrés intermédiaires de la métamorphose ; mais j'ai reconnu aussi certainement l'ossification directe du tissu fibreux à noyaux plasmatiques, sans l'intermédiaire d'une formation cartilagineuse préexistante. Ce tissu fibreux, assez abondamment répandu autour des points en voie d'ossification, rappelait complétement par sa structure les couches profondes du périoste en voie de production osseuse.

La rareté relative de l'ossification des enchondromes glandulaires s'expliquerait peut-être, s'il se confirmait que le cartilage ou le tissu fibreux des cloisons interlobulaires est seul apte à subir la métamorphose osseuse véritable.

Suite de la discussion sur les hernies ombilicales.

M. RICHET. Comme la plupart de nos collègues, depuis longtemps j'avais été frappé de la mortalité très-grande qui suivait l'opération de la hernie ombilicale étranglée dans nos hôpitaux, et comme chacun de vous sans doute, je m'étais souvent demandé quelles en pouvaient être les causes, je dirai volontiers exceptionnelles, parce qu'elles n'affectaient point les opérés de hernies autres que l'ombilicale, et s'il ne serait pas possible, les connaissant, d'y remédier. J'ai donc saisi avec empressement l'occasion de discuter devant la Société ce point épineux de la pratique chirurgicale, et d'apporter à mes collègues le résultat de mes méditations déjà anciennes sur ce sujet.

Je commencerai d'abord par constater la divergence d'opinions profonde et radicale qui sépare M. Goyrand de M. Huguier, divergence d'autant plus frappante que l'un et l'autre s'appuient bien plus encore sur les faits que sur les raisonnements ; le premier déclarant que l'opération, loin d'être toujours fatale, doit souvent réussir, au moins dans les conditions où il s'est trouvé placé, puisque sur trois opérations il compte trois succès ; le second se fondant, pour rejeter la kélotomie ombilicale, sur les résultats presque constamment désastreux de la pratique des hôpitaux de Paris.

A ne prendre que les deux termes de la question ainsi posée, on pourrait croire tout d'abord qu'il en est de l'opération de la hernio ombilicale étranglée comme de l'opération césarienne, laquelle no réussit jamais à Paris, tandis qu'elle compte d'assez nombreux succès en province.

S'il en était ainsi, M. Huguier pourrait avoir raison, et peut-être serait-il opportun alors de discuter la question de savoir s'il ne vaut pas mieux traiter les étranglements herniaires par toute autre mé-

thode que par l'opération; mais c'est que tel n'est pas le véritable état des choses, et pour ce qui regarde la statistique sur laquelle s'appuie surtout notre collègue, je ne dirai qu'une seule chose, c'est qu'elle a été dressée un peu à la hâte, sur des renseignements purement verbaux, et qu'elle est par conséquent fort incomplète.

C'est ainsi que M. Hervez de Chégoin m'a dit avoir guéri deux opérées sur trois; que mon collègue de l'hôpital Saint-Louis, M. Denonvilliers, en a sauvé deux sur quatre; et que moi-même, enfin, je compte un succès sur deux opérations. Mais d'ailleurs, si comme pour l'opération césarienne il fallait attribuer la plus grande mortalité dans les cas d'exomphales opérées aux conditions atmosphériques, à l'encombrement, aux miasmes hospitaliers, aux *circumfusa*, en un mot, comme auraient dit les anciens, on ne voit pas pourquoi les opérés de hernies inguinales ou crurales qui guérissent cependant, et même en assez forte proportion, échapperaient à ces influences pernicieuses.

Quant à moi, sans nier ou même amoindrir l'influence incontestable des causes générales, je pense qu'il existe autre chose encore; qu'il y a des causes locales, par exemple, et pour ainsi dire particulières et spéciales à la hernie ombilicale, ainsi que l'a d'ailleurs fait judicieusement observer notre savant collègue de Beaujon; causes contre lesquelles la chirurgie n'est pas impuissante. Voilà précisément pourquoi je ne puis partager le pessimisme de M. Huguier, et pourquoi je repousse la conclusion désolante à laquelle il a été conduit par une statistique incomplète; conclusion qui laisserait le chirurgien n'ayant pu réduire une exomphale étranglée dans la douloureuse alternative ou d'attendre passivement que la mort survienne, ou de pratiquer un anus contre nature.

Parmi les raisons qu'on a fait valoir comme pouvant rendre compte de la mortalité plus grande après la kélotomie ombilicale qu'après l'opération des autres hernies, trois surtout m'ont frappé. Dans l'ordre d'importance que je leur attribue, ce sont :

1° L'amincissement souvent extrême des enveloppes de la hernie;

2° La disposition infundibuliforme du sac herniaire;

3° La nécessité où l'on se trouve quand on débride d'inciser directement non point seulement le collet du sac, mais aussi le péritoine lui-même.

Quelques mots sont nécessaires pour développer ma pensée.

Lorsqu'on compare la hernie ombilicale avec les autres hernies, une des choses qui frappent tout d'abord, c'est l'inégalité d'épaisseur des couches qui enveloppent l'intestin déplacé. Ainsi, tandis que dans les hernies crurales et inguinales on trouve toujours la peau doublée d'une couche de tissu cellulaire souvent très-développée, plus un

certain nombre d'autres enveloppes, dont quelques chirurgiens, plus anatomistes que praticiens, ont singulièrement exagéré le nombre et l'importance; dans la hernie ombilicale au contraire, on ne rencontre que la peau dépourvue de couche graisseuse, et souvent tellement amincie, qu'on peut par transparence constater parfois la présence d'un liquide dans le sac. A cette peau distendue se trouve accolé le sac, souvent d'une manière si intime, qu'on dirait, après l'incision, que c'est la face profonde du derme qui a été *lissée en séreuse*, qu'on me passe l'expression. On sait que cette disposition avait même fait croire qu'un grand nombre d'exomphales étaient dépourvues de sac, supposition qui n'a plus besoin d'être réfutée.

La conséquence de cette absence d'enveloppes est facile à tirer, c'est que dans les efforts de taxis auxquels donne nécessairement lieu toute hernie étranglée, l'intestin et le sac herniaire sont plus directement exposés aux froissements et à l'inflammation que dans les autres hernies, où la couche graisseuse et les autres enveloppes protégent beaucoup mieux les viscères. Bien plus, même en l'absence de tout taxis, n'est-il pas facile de comprendre que les frottements exercés soit par la pelote du bandage, soit par les vêtements, amèneront un état de sub-irritation qui prédisposera singulièrement les exomphales à cette inflammation locale qu'on a désignée sous le nom de *péritonite herniaire*, laquelle entraîne presque toujours ces adhérences beaucoup plus fréquentes dans la hernie ombilicale que dans les hernies crurales ou inguinales, et les rend si souvent irréductibles?

Il me paraît donc tout naturel d'admettre qu'un sac herniaire et des viscères dans de telles conditions doivent subir beaucoup plus promptement et beaucoup plus facilement que dans les autres hernies les atteintes de l'inflammation suppurative, quand ils ont été soumis au contact de l'air, ainsi qu'il arrive après l'opération. Une fois née, cette inflammation se propagera facilement à la grande séreuse péritonéale; et un premier point que je veux constater, c'est que tous les efforts de l'art doivent tendre à éviter cette propagation.

Relativement à la disposition infundibuliforme du sac, la différence entre les hernies ombilicales et les autres hernies n'est pas moins grande. Tandis que dans la hernie crurale, mais surtout dans la hernie inguinale, le sac subit, en passant à travers les trajets crural et inguinal, des inflexions multiples par suite desquelles la partie la plus évasée du sac, ce que l'on est convenu d'appeler son fond, ne communique la plupart du temps avec la cavité péritonéale que par un canal plus ou moins allongé, quelquefois assez étroit, et offrant souvent plusieurs rétrécissements, dans l'exomphale, au contraire, le sac constitue une sorte d'entonnoir dont la partie évasée est dirigée du côté

des téguments, tandis que l'ouverture rétrécie correspond à l'anneau ombilical. De là résulte que, le malade étant couché sur le dos, ainsi qu'il arrive après la kélotomie, les liquides sécrétés par le sac éprouvent pour pénétrer dans l'abdomen, dans le cas de hernie crurale ou inguinale, une difficulté d'autant plus grande qu'il suffit d'une très-légère pression sur le canal herniaire pour les arrêter, et que d'ailleurs le fond du sac est situé sur un plan horizontal, ou à peu près, par rapport au collet, tandis que dans la hernie ombilicale les mêmes liquides viennent naturellement se rassembler vers la partie la plus déclive, c'est-à-dire vers l'orifice herniaire, où les parois perpendiculaires du sac les conduisent fatalement. De là à s'insinuer dans la cavité péritonéale il n'y a qu'un pas; car rien ne peut les arrêter; tout, au contraire, contribue à les diriger vers le fond de l'entonnoir que représente le sac. Inutile d'insister pour faire comprendre les fâcheuses conséquences qui doivent résulter d'une pareille disposition; reste à savoir s'il est possible de s'y opposer efficacement, ce que j'examinerai tout à l'heure.

Quant à la troisième raison, c'est-à-dire la nécessité où l'on se trouve d'inciser, pour faire rentrer les viscères étranglés, non-seulement le collet du sac, mais encore le feuillet péritonéal très-rétréci qui avoisine le collet, quoique j'y attache moins d'importance qu'aux deux premières, je ne crois pas cependant devoir les passer sous silence. Effectivement, outre que ce n'est point chose indifférente d'augmenter encore par une incision l'ouverture déjà trop large par laquelle le sac enflammé et suppurant va communiquer avec la grande séreuse du ventre, je pense, avec bon nombre de chirurgiens, qu'une incision, si petite qu'elle soit, pratiquée sur des tissus prédisposés, peut être le point de départ d'accidents qui n'attendaient pour naître qu'une occasion.

Au sein de cette Société déjà, un de nos plus éminents collègues, M. A. Bérard, dans une discussion sur les hydrocèles, n'a-t-il pas démontré que l'inflammation de la petite piqûre faite à la peau par le trocart pouvait, en se propageant le long du canal suivi par l'instrument, arriver jusqu'à la séreuse péritesticulaire et en déterminer l'inflammation suppurative? Et n'avons-nous pas tous vu des piqûres de sangsues appliquées intempestivement sur un épanchement sanguin s'enflammer, puis suppurer et propager la suppuration jusqu'au foyer, qui sans cette étincelle se serait probablement résorbé?

Que faut-il pour faire naître un érysipèle souvent mortel? une écorchure, une fissure. Pour mon compte, je pense que s'il était possible, dans l'opération de la hernie ombilicale, d'éviter cette incision du péritoine, on mettrait une chance de plus en sa faveur, et

c'est là ce qui m'a dirigé dans la pratique que je préconise et qu'il me reste maintenant à vous faire connaître.

Vous le savez, on n'a pas fréquemment l'occasion de faire la kélotomie ombilicale dans nos hôpitaux ; aussi n'ai-je pratiqué que deux fois cette opération. La première fois, le résultat ne fut pas heureux, mais me donna beaucoup à réfléchir sur les conditions défavorables, propres à la hernie ombilicale, que j'ai précédemment énumérées, et dès lors je m'étais bien promis de mettre à profit ces réflexions la première fois que l'occasion s'en présenterait. Elle s'offrit à moi l'année dernière seulement.

Une femme, âgée de soixante-trois ans, me fut adressée au mois de novembre 1860 par mon collègue M. Devergie, comme atteinte d'une hernie ombilicale étranglée, contre laquelle tous les efforts de taxis avaient échoué. La malade, d'une constitution d'ailleurs assez grêle, était atteinte depuis longues années d'un asthme dont les accès récents paraissaient avoir été la cause de la sortie des intestins, et par suite de leur étranglement. La malade avait l'habitude de porter un bandage, et sa hernie était, disait-elle, ordinairement assez facile à réduire et à maintenir.

Depuis vingt-quatre heures seulement elle n'avait pu la faire rentrer ; les efforts de l'interne de service avaient été également sans succès.

La hernie était du volume des deux poings, et paraissait, autant qu'il était permis d'en juger, être sortie par la demi-circonférence supérieure de l'anneau, ainsi que cela a lieu le plus ordinairement. Elle contenait évidemment de l'intestin et de l'épiploon. Les téguments paraissaient très-amincis, on voyait les circonvolutions de l'intestin se dessiner sous la peau ; les enveloppes herniaires formaient un sac qui s'était développé surtout par en bas du côté du pubis, et qui semblait appendu à l'ombilic comme par un pédicule ; en un mot, la hernie était pyriforme.

La malade vomissait des matières fécales. Elle n'avait pas été à la selle depuis trente-six heures. Son pouls était petit et rapide, sa face grippée, le ventre tendu et ballonné, et la hernie particulièrement très-douloureuse au toucher, si douloureuse même, que la malade ne voulait plus entendre parler de pressions pour la réduire, et demandait l'opération.

Néanmoins je ne voulus y consentir qu'à cette condition qu'après l'avoir anesthésiée par le chloroforme, j'essayerais encore le taxis avec modération.

Mes efforts, prolongés pendant cinq minutes environ, étant reconnus inutiles, je dus procéder à l'opération.

Une incision longitudinale, suivant la ligne blanche , fut pratiquée sur la partie supérieure de la tumeur, vers son pédicule ; à peine la peau fut-elle entamée que l'intestin se présenta ; je le repoussai avec le doigt, et j'achevai avec des ciseaux l'incision de l'enveloppe cutanée et de l'enveloppe séreuse, intimement unies. Il y avait à peine quelques gouttes de sérosité dans le sac. La hernie contenait une anse d'intestin grêle de 12 à 15 centimètres de longueur, et de l'épiploon. La surface intestinale était dépolie, noirâtre, mais n'ayant pas encore perdu sa résistance ordinaire.

Je portai le doigt vers le lieu de l'étranglement ; il était très-serré, et je pus à grand'peine y engager d'abord l'ongle du doigt indicateur. Comme j'étais résolu à éviter autant que possible de faire une incision pour débrider, et à pratiquer la dilatation , j'engageai un stylet de trousse entre l'intestin et le cercle constricteur , puis je glissai sur ce stylet une sonde cannelée recourbée en crochet. J'exerçai alors directement sur l'agent de l'étranglement des tractions qui l'agrandirent assez pour pouvoir glisser une autre sonde cannelée également recourbée , ce qui me permit d'exercer mes tractions en deux sens différents, et par conséquent d'une manière plus efficace. Un aide introduisit alors une sonde de femme dans l'ouverture , puis enfin je pus y placer le bout du petit doigt. La dilatation fut alors suffisante pour que je pusse attirer légèrement l'intestin afin de le visiter, et son aspect vis-à-vis le point étranglé m'ayant paru rassurant, je procédai à la réduction, qui se fit sans beaucoup de difficultés. L'épiploon fut à son tour replacé , et je pris les plus grandes précautions pour qu'aucune goutte des liquides que pouvait contenir le sac ne pénétrât dans l'abdomen ; un aide avec une éponge fine essuyait doucement les parois du sac, qui paraissaient très-enflammées et laissaient exsuder une sérosité qui se renouvelait rapidement.

Je procédai alors au pansement.

J'avais surtout en vue d'éviter, non-seulement pour le moment, mais par la suite, la pénétration des sécrétions du sac herniaire dans le péritoine. Pour cela , j'avais d'abord pensé à faire coucher la malade sur le côté et presque sur le ventre ; mais il y avait à cette pratique une difficulté extrême, c'était la toux incessante dont elle était atteinte. Alors je résolus d'appliquer les parois du sac d'une manière immédiate dans la partie supérieure de la plaie, celle qui répondait à l'ouverture de l'anneau ombilical, de façon à obturer l'orifice herniaire. Pour cela ; je me servis de grosses et puissantes serre-fines, véritables pinces à pression continue, qui remplirent parfaitement le but auquel je les destinais. Inférieurement, les bords

de la plaie furent rapprochés simplement avec de petites serre-fines.

L'orifice abdominal se trouvant ainsi obturé, restait à éviter la suppuration du sac, ou au moins à la maintenir dans des limites restreintes. J'eus recours, dans ce but, à une vessie d'eau glacée que je fis maintenir nuit et jour sur la plaie à l'aide d'un cerceau qui tout à la fois soutenait les couvertures et cette vessie ; on en rafraîchissait le contenu d'heure en heure à l'aide d'un morceau de glace qu'on y introduisait.

Dans la journée, la malade alla plusieurs fois à la garde-robe et naturellement ; les vomissements cessèrent, et le lendemain je la trouvai dans un état assez satisfaisant. Pouls à 80 ; ventre souple et sans douleurs. Je constatai une légère rougeur sur les bords de la plaie, et j'enlevai les petites serre-fines qui les unissaient ; les grosses furent maintenues et la glace continuée.

Le surlendemain, état général plus satisfaisant encore que la veille. Pouls à 80 ; selles abondantes ; la malade a moins toussé ; ventre souple. Il s'est accumulé du liquide dans la partie inférieure du sac herniaire, qui est comme empâté. J'introduis entre les lèvres de la plaie une sonde cannelée pour les désunir dans une étendue de deux centimètres ; il s'écoule un liquide sanieux, purulent. Les grosses serre-fines sont encore maintenues et la glace continuée.

Le troisième jour après l'opération, j'enlève les grosses serre-fines non sans hésitation cependant. La glace est continuée. Une suppuration assez louable a succédé à la suppuration sanieuse, mais elle est en petite quantité ; il est évident qu'une minime partie seulement du sac est restée perméable et a été envahie par la suppuration. Etat général satisfaisant.

Le huitième jour, je fais supprimer l'eau glacée pour substituer de simples compresses imbibées d'eau de guimauve à la température de la salle.

Le dixième jour, un érysipèle part des bords de la plaie ; je fais supprimer les compresses d'eau de guimauve, pour appliquer de la farine. La suppuration du sac est presque tarie. — Pansement simple.

L'érysipèle, après avoir parcouru l'abdomen et la poitrine, s'éteint ; la malade peut être considérée comme guérie. Elle ne sort cependant qu'à la fin du mois de janvier de nos salles, pour entrer en convalescence au Vésinet.

La première chose qui frappe dans cette observation, c'est l'absence complète d'accidents du côté de l'abdomen, malgré la proximité d'une surface suppurante se continuant avec le péritoine. Je ne puis m'empêcher de croire que ce n'est point simplement au hasard qu'est dû ce résultat, et tout me porte à l'attribuer à l'oblitération rapide de

l'orifice herniaire obtenue par l'agglutination des parois du sac à l'aide des grosses serre-fines. De même je pense que si, par l'application longtemps prolongée de l'eau glacée, nous n'eussions pas ralenti et retenu dans d'étroites limites l'inflammation suppurative du sac, les liquides, sécrétés en plus grande abondance, auraient percé la faible barrière qui les séparaient de l'abdomen et auraient fait irruption dans la cavité péritonéale. Il faut aussi rappeler que l'orifice herniaire, qui n'avait été que dilaté et non incisé, était dans des conditions plus favorables pour se resserrer sans suppurer.

Je résumerai en quelques mots toutes les considérations contenues dans cet exposé, dont on me pardonnera la longueur en raison de l'importance du sujet, et je dirai :

Que parmi les causes qui placent la hernie ombilicale étranglée dans des conditions plus défavorables pour être opérée avec succès que les autres hernies, il faut ranger en première ligne le défaut de protection du sac herniaire et des viscères résultant du peu d'épaisseur des téguments, la difficulté d'empêcher la pénétration dans l'abdomen des liquides sécrétés par le sac enflammé après l'opération ; enfin, la nécessité presque absolue de faire porter l'incision du débridement sur le péritoine lui-même.

Pour parer autant que possible à ces graves inconvénients, je pense qu'il faut opérer le plus tôt possible ces hernies, et avant que, par une malaxation intempestive, on ait mis le sac herniaire dans des conditions telles qu'il suppurera nécessairement ; qu'une fois l'intestin mis à nu, il faut dilater plutôt que débrider, et surtout s'opposer à la pénétration des liquides altérés dans le péritoine, soit par la ponction, soit par l'obturation directe de l'orifice herniaire ; qu'enfin, pour prévenir ou modérer l'inflammation qui suivra nécessairement l'opération, il faut avoir recours aux réfrigérants, qui rendent, dans les plaies par écrasement et après l'opération de la cataracte par extraction, de si grands et si incontestables services.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

Accidents par l'explosion des siphons à eau de Seltz. — M. MOREL-LAVALLÉE. La Société se rappelle qu'il y a plusieurs années j'ai signalé les accidents produits par l'explosion des appareils destinés à improviser l'eau de Seltz sur nos tables ; depuis lors, ces accidents ont disparu.

Je vous présente aujourd'hui un malade qui a eu successivement les deux yeux crevés par l'explosion des appareils appelés improprement siphons à eau de Seltz. C'est un ouvrier employé à la fabrication ; il est évident que ces appareils réclament comme les autres un

clissage qui s'oppose à la projection des fragments, si le vase vient à éclater.

— La séance est levée à 5 heures 3/4.

Le secrétaire annuel, L. Bauchet.

Séance du 11 décembre 1861.

Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Houel donne des nouvelles de la malade opérée d'un **kyste de l'ovaire** par M. Backer-Brown, et reçues le 10 décembre.

La malade a quitté l'infirmerie spéciale où elle était placée, et est rentrée dans les salles communes quinze jours après l'opération. Le pouls est à 70; le ventre souple, exempt de douleurs. L'appétit est bon, la malade mange bien; la marche est facile, et l'on peut dire aujourd'hui que la guérison est complète.

M. Houël ajoute que M. Backer-Brown a opéré depuis une femme de cinquante ans, et que la malade a succombé au bout de trente-huit heures.

— **M. Bouvier** revient sur la présentation de **pieds de femmes chinoises** qui a été faite par M. Fuzier.

Nous avons disséqué, dit M. Bouvier, M. Fuzier, M. Duchenne et moi, un des deux pieds que nous a montrés M. Fuzier. On voit ainsi mieux les os et les facettes articulaires. Tous trois nous sommes d'accord sur le rapprochement que l'on peut faire entre ce *pied* et le *talus creux*. C'est une variété de talus pied creux, mais qui a tous les caractères généraux de cette déformation pathologique du pied. Je n'insiste pas, ainsi que je l'ai déjà dit, sur les caractères spéciaux aux pieds des femmes chinoises.

Si on place à côté du pied chinois un *calcanéum* normal, dans la même position que le calcanéum de ce pied, on trouve que la moitié postérieure de l'articulation astragalo-calcanienne n'est plus oblique, mais horizontale, et la facette astragalienne du calcanéum forme non plus un angle obtus, mais un angle presque droit. Le calcanéum paraît plus long, parce que l'on perd de vue, pour ainsi dire, sa facette articulaire supérieure; mais en réalité cette élongation n'est qu'apparente.

L'*astragale* a peu changé à sa partie inférieure; il y a seulement un peu d'atrophie. Il y a plus de changement dans les autres articulations du pied, du cuboïde, du scaphoïde, des cunéiformes, des métatarsiens, de l'astragale à sa face antérieure, etc.

Au côté interne, le scaphoïde est déplacé sensiblement en bas par rapport à l'astragale. Le scaphoïde s'est abaissé, ainsi que les cunéiformes et le premier métatarsien.

Au côté externe, le cuboïde est aussi un peu abaissé; il est articulé avec le calcanéum plus bas que dans l'état normal; mais la flexion s'est surtout opérée dans une autre articulation que celle qui correspond à l'articulation scaphoïdo-astragalienne pour le côté interne; elle s'est opérée dans les quatrième et cinquième métatarsiens, qui se sont inclinés en bas, et il y a à la partie supérieure de la facette antérieure articulaire du cuboïde un point raboteux qui n'est point en rapport avec les deux derniers métatarsiens. Il résulte de cette disposition un amincissement de la partie inférieure du cuboïde.

Ces caractères se retrouvent en partie dans le talus pied creux pathologique, ainsi qu'on le voit dans la pièce (unique, on peut le dire) que j'ai déposée au Musée Dupuytren.

M. Duchenne avait déjà fait cette remarque que la disposition de l'angle exagéré du pied creux était différente vue en dehors et en dedans, à la face externe ou à la face interne du pied. L'angle du côté interne est dessiné plus en arrière, plus rapproché de l'articulation scaphoïdo-astragalienne; celui du côté externe plus en avant, plus près des articulations cuboïdo-métatarsiennes.

Cette disposition est bien indiquée sur la pièce du Musée Dupuytren, moins pourtant que sur le pied chinois. On y voit aussi que le premier métatarsien suit la direction des os du tarse, et du côté externe on trouve cette même réduction, cette même gracilité, ce même amincissement de la face inférieure du cuboïde, et l'angle formé par les deux métatarsiens à ce niveau.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société qu'elle a perdu deux de ses membres associés étrangers, remarquables par leur mérite et leurs travaux : MM. Ammon (de Dresde) et Ribéri (de Turin).

CORRESPONDANCE.

M. Larrey dépose sur le bureau son opuscule intitulé : *Discussion sur la résection de la hanche*. Paris, 1861, in-8°.

M. Larrey présente ensuite, de la part de l'auteur, M. Vinci, chirurgien de l'hôpital des Incurables à Naples :

1° Un mémoire intitulé : *Sur les avantages de l'application du chloroforme à la pratique de la lithotritie chez les enfants;*

2° Plusieurs instruments en ivoire ramolli, destinés à faire des applications médicamenteuses dans l'urèthre, le rectum, le vagin et le canal nasal;

3° Un mémoire manuscrit renfermant la description de ces instruments. (Commissaires : MM. Cullerier et Debout.)

— M. Burcq adresse une réclamation relative à l'application de l'électricité continue dans un cas de torticolis.

Cette réclamation sera examinée en temps et lieu.

Suite de la discussion sur les hernies ombilicales.

M. BOINET. Je me bornerai à rappeler le fait suivant, qui vient infirmer, je le crois du moins, l'opinion émise par M. Richet, qu'il faut opérer de bonne heure les hernies ombilicales.

Voici du reste cette observation.

Une dame, âgée de cinquante ans environ, douée de beaucoup d'embonpoint, ayant depuis neuf ou dix ans, au niveau de l'ombilic, une grosse tumeur prise par divers médecins pour une tumeur abdominale fibreuse, et traitée pour telle, fut atteinte dans le courant de juin 1864 de tous les signes d'une hernie étranglée. M. le docteur Bourdonnoy, appelé en cette circonstance, diagnostiqua une hernie ombilicale étranglée, et après avoir essayé inutilement pendant deux jours les manœuvres et les remèdes usités en pareil cas, il me fit demander pour opérer cette malade.

J'appris que depuis deux jours elle souffrait de coliques très-fortes; qu'elle avait des hoquets, des vomissements, et qu'elle rejetait presque instantanément toutes les boissons qu'elle prenait; les garde-robes et les gaz étaient supprimés; le ventre était un peu tendu et douloureux à la pression; le pouls était petit, peu fréquent. Au niveau de l'ombilic, et principalement au-dessus, il existait une tumeur à large base, plutôt allongée que large, dure, bosselée, inégale, et offrant à sa partie inférieure, dans un point très-circonscrit, un enduit plus mou, élastique, et plus douloureux. Cette tumeur me fit l'effet d'un large champignon qui se serait étalé entre la peau et les muscles de l'abdomen, ayant son pédicule à l'anneau ombilical.

En examinant les choses de plus près, et surtout à cause de l'existence de tous les signes d'une hernie étranglée durant depuis plus de deux jours, et en tenant compte de l'ancienneté de cette tumeur qui existait depuis plusieurs années et avait été prise par des hommes très-habiles pour une tumeur fibreuse, je crus me trouver en présence de cette variété de hernie ombilicale où l'intestin a perforé l'épiploon induré, hypertrophié, et est étranglé par l'ouverture accidentelle qui lui a livré passage.

Les accidents étaient tels, que si j'avais eu affaire à une hernie inguinale ou crurale, je n'aurais pas hésité à opérer immédiatement. Mais connaissant le mauvais résultat des opérations de hernies ombilicales étranglées, et sachant d'autre part que les omphalocèles volumineuses sont quelquefois la cause de coliques, de vomissements, qui font croire à un étranglement qui pourtant n'existe pas, j'étais peu disposé à faire l'opération. J'essayai le taxis à mon tour; mais malgré tous mes efforts, je ne pus faire rentrer que très-incomplétement une minime partie de la tumeur, et seulement dans le point où j'avais constaté de la mollesse et une certaine élasticité; encore n'étais-je pas bien sûr que cette prétendue réduction ne fût tout simplement qu'une dépression, car dès que je cessais toute pression les parties revenaient dans le même état qu'auparavant. Cependant, comme il me semblait réduire une partie quelconque, je crus devoir appliquer sur ce point un tampon de linge, des compresses graduées, afin de rendre permanente cette réduction partielle et de maintenir le tout avec la ceinture à plaque que j'avais trouvée chez la malade. Un centigramme d'extrait thébaïque fut donné d'heure en heure pour calmer les vomissements, qui n'étaient que glaireux et bilieux, et un lavement purgatif fut administré. Cette compression fut maintenue et renouvelée pendant plusieurs jours; mais dès qu'on la cessait, les parties déprimées ou réduites reparaissaient aussitôt, et les vomissements semblaient augmenter de fréquence.

Comme l'état général n'était pas plus mauvais, que le pouls restait toujours le même, que la douleur et le ballonnement du ventre n'augmentaient pas, et que j'étais toujours peu empressé de faire une pareille opération, je persistai dans la continuation des moyens employés ci-dessus. Une infusion de café noir non sucré fut administrée à plusieurs reprises; et pour calmer la soif, la malade prenait quelques morceaux de glace et quelques cuillerées de bouillon froid; enfin, au bout de cinq jours de ce traitement, les vomissements devinrent moins fréquents, et avaient cessé complétement dix jours après leur début. La malade rendait de temps en temps quelques gaz par l'anus.

A cette époque, les parties qu'on avait refoulées et maintenues réduites au milieu de cette masse énorme, dure, formée probablement par l'épiploon, qui était tout à fait irréductible, ne se relevaient plus; mais on sentait toujours au fond de l'excavation déterminée par la saillie de la pelote une partie plus molle qu'on ne pouvait réduire totalement, même avec les doigts pratiquant le taxis. J'avais fait construire un bandage élastique avec une grosse pelote à forme ovalaire, qui fut appliqué le septième jour des accidents d'étranglement, et ce

n'est que le dixième que ces accidents cessèrent complétement et que la malade put prendre du bouillon et des boissons sans les vomir. Un dernier lavement purgatif donné à cette époque procura une garde-robe copieuse.

Depuis ce moment, la santé de cette dame a été des meilleures. Je l'ai revue il y a quelques jours (25 novembre 1861) pour juger de son état et en informer la Société, et j'ai constaté que toutes les fonctions s'exécutaient parfaitement bien, et qu'elle peut vaquer sans gène à toutes les occupations de son ménage. Son bandage, qu'elle porte jour et nuit, ne la gêne pas. Dans le point où porte le centre de la pelote, un peu au-dessus de l'anneau ombilical, il y a une excavation assez profonde, dont la circonférence, en haut surtout, offre un tissu dur, inégal, comme fibreux, non douloureux à la pression, et qui probablement appartient à de l'épiploon induré, non réduit, plutôt qu'au rebord de l'ouverture ombilicale.

M. VERNEUIL. Pour répondre à l'appel qui a été fait, je viens présenter à la Société le résultat de mes observations. M. Richet donne le conseil d'opérer de bonne heure, afin que l'intestin ne soit pas blessé par les efforts d'un taxis prolongé. Pour ma part, j'aime mieux dire, comme M. Boinet, qu'il ne faut pas se presser.

Il y a un mois environ, je fus appelé à donner mes soins à une dame d'un embonpoint énorme et qui avait une hernie ombilicale. Cette dame avait mangé des marrons; elle fut prise d'indigestion, avec des vomissements fréquents, répétés, et qui ne cessaient point. La tumeur herniaire n'était pas douloureuse. Un médecin, appelé à la hâte, avait fait des tentatives de taxis forcé et prolongé. Le médecin ordinaire de la maison arriva bientôt après, et prescrivit un grand bain. Un peu plus tard, on fit de nouvelles tentatives de taxis qui furent aussi infructueuses que les premières. Je fus appelé, et j'appris que la hernie, du volume du poing, était mal maintenue et ne rentrait pas complétement. Je prescrivis des sangsues, des cataplasmes, un lavement purgatif, peu de boissons, et un bandage destiné à tenir la tumeur un peu relevée. Il y eut un soulagement immédiat; j'ordonnai ensuite un nouveau bain. Dès le surlendemain, la tumeur diminua de volume; les selles se rétablirent le troisième jour, et le huitième jour toute trace d'accident avait disparu.

Pendant que je remplaçais M. Lenoir à l'hôpital Necker, une femme vint me consulter. Elle était douée d'un embonpoint extraordinaire, et c'est à peine si à travers une couche de graisse énorme on sentait une tumeur du volume d'une grosse orange. Il était survenu des vomissements, qui persistaient. Je ne fis aucune tentative

de taxis ; j'ordonnai des sangsues, des lavements , des bains , et le septième jour tout accident disparut et les selles se rétablirent.

Enfin voici un troisième cas. Il s'agissait d'une petite hernie ombilicale, grosse à peu près comme une cerise, et qu'on sentait à travers la cicatrice ombilicale. La femme portait habituellement un bandage. A la suite d'un effort, elle ressentit tout à coup de vives douleurs. La hernie était dure , très-sensible à la moindre pression. Je ne fis aucune tentative de taxis ; je prescrivis le traitement sur lequel je viens d'appeler votre attention , la tumeur rentra le soir , et toute trace d'accident disparut.

M. HUGUIER. Ce que viennent de dire nos deux collègues MM. Boinet et Verneuil rentre tellement dans ce que je me proposais de répondre à M. Richet, que je n'ai plus que quelques mots à ajouter.

Je tiens d'abord à rétablir les termes dans lesquels j'avais posé la question (séance du 13 novembre, n° 137 de la *Gazette des Hôpitaux*):

« Dans la hernie ombilicale étranglée, qu'elle soit seulement intesti» nale ou entéro-épiploïque, il serait **peut-être** préférable d'abandon» ner la hernie aux efforts de la nature, en surveillant et en combat» tant les complications, que de pratiquer l'opération de la kélotomie » complète. »

M. Richet a donné à ma proposition un sens trop absolu , et m'a fait dire qu'il fallait abandonner à elles-mêmes les hernies ombilicales étranglées. Pourtant , j'avais bien nettement formulé mon opinion à la fin de mon allocution. Voici ce que je disais en terminant :

« En résumé , dans les hernies ombilicales étranglées , plus que » dans toute autre hernie , on devra insister sur les moyens propres » à obtenir la réduction. La kélotomie complète , c'est-à-dire avec » tous les temps... , ne devra être généralement pratiquée que dans » les hernies petites, récentes et antérieurement réductibles. Pour la » plupart des autres cas , il nous semble , d'après les faits connus, » que l'on devra simplement faciliter l'ouverture spontanée de la tu» meur, et au besoin ouvrir l'intestin, afin de faciliter l'évacuation » des matières fécales sans aller jusqu'au débridement de l'anneau et » à la réduction des parties. »

Dois-je changer ma proposition ? M. Richet est convenu que la hernie ombilicale était plus grave que les hernies inguinales et crurales. Il a donné trois raisons qui sont comprises dans celles que j'ai moi-même développées. Et d'un autre côté il pense que l'on peut facilement conjurer les accidents graves qui compliquent la hernie ombilicale. Sur deux faits qu'il a cités à l'appui de sa proposition , il y en a un qui a été suivi de mort.

M. Richet a employé la glace; il a appliqué des serre-fines pour

réunir la plaie superficielle et même le collet du sac. Or cette pratique est suivie par chacun de nous. M. Richet a réussi dans un cas où la hernie était petite, de celles pour lesquelles j'ai admis une exception; mais dans la grande majorité des cas, il ne sera pas possible de faire ce qu'a fait M. Richet; car l'on ne pourra pas, à cause des adhérences, réduire tout l'intestin. M. Richet avait aussi imaginé de faire changer de position à la malade: son opérée n'a pas pu garder cette position. Mais en mettant la malade sur le côté, on ne peut pas, sans exercer de pression convenable, empêcher l'intestin de sortir. Je termine en disant que je ne vois rien qui puisse me porter à modifier les propositions que j'ai formulées.

M. RICHET déclare qu'il n'a rien à ajouter à ce qu'il a dit précédemment.

— La discussion sur le traitement des hernies ombilicales est terminée.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. BAUCHET présente le jeune homme dont il a déjà été plusieurs fois question dans la discussion sur les **roideurs articulaires du coude.** Ce jeune homme se sert de son bras comme si jamais il n'avait éprouvé d'accident. Tous les mouvements (flexion, extension, pronation, supination) sont normaux. Il a la même force dans ce bras que dans celui du côté opposé. La guérison s'est maintenue invariable depuis plus de trois mois. Pour opérer les mouvements de flexion forcée, M. Bauchet faisait asseoir le malade dans un fauteuil, et saisissant le bras avec la main gauche, il le maintenait sur le tronc, tandis que, se servant de l'avant-bras comme d'un levier, il opérait la flexion forcée. Pour l'extension, il plaçait le coude sur son épaule gauche, et se servant encore de l'avant-bras, il tirait sur celui-ci de façon à arriver à une extension complète. Il a cessé toute manœuvre depuis plusieurs mois. Le malade a dû seulement continuer lui-même à exercer son avant-bras, soit en soulevant des poids, soit en se suspendant à un trapèze ou à une porte.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

M. RICHET. J'ai l'honneur de présenter à la Société une pièce qui intéresse sans doute bien plus les tératologistes que les chirurgiens, mais qui m'a paru néanmoins nous offrir un grand intérêt.

Il s'agit d'un enfant né à terme, qui m'a été apporté à l'hôpital Saint-Louis le lendemain de sa naissance, atteint d'une **extrophie de vessie avec hernie de l'intestin** à la partie supérieure de l'écartement des lames ventrales.

On peut constater avant toute dissection :

1° L'écartement des pubis ;

2° L'orifice des uretères immédiatement au-dessus de la saillie des pubis, dans la partie qui répond au bas-fond vésical ;

3° Au-dessus de la vessie extrophiée, entre elle et l'ombilic, deux portions d'intestin saillantes, l'une, supérieure, très-allongée, donnant issue au méconium, l'autre, moins saillante et renflée, présentant également un orifice qui conduit dans une autre portion du tube intestinal, qui paraît être le gros intestin ;

4° L'imperforation de l'anus normal, remplacé par un simple infundibulum à peine marqué.

Mais toutes ces particularités, qui aujourd'hui ne peuvent qu'être signalées, seront l'objet d'une plus complète appréciation et d'une dissection très-détaillée.

La seule chose sur laquelle je veuille appeler l'attention, c'est la présence de l'intestin hernié immédiatement au-dessous de l'ombilic, et la saillie considérable du bout supérieur par lequel sort le méconium. Il semblerait que cette portion du tube digestif est celle qu'à une certaine époque recouvre le pédicule de la vésicule ombilicale, et que par suite d'une maladie ou d'un arrêt de développement, elle n'a pu rentrer à temps dans l'abdomen. Mais c'est là, je me hâte de le dire, une simple vue de l'esprit, que l'examen plus attentif de la pièce pourra seul confirmer ou infirmer.

M. HOUEL a eu l'occasion de disséquer deux ou trois faits qui se rapprochent de celui de M. Richet, et qui sont des anomalies dont il est difficile de trouver l'explication. Il constate sur ces pièces une invagination de l'intestin grêle. L'ouverture, semblable à celle que l'on voit sur la pièce de M. Richet, et dans laquelle on retrouve la vessie, les uretères et l'intestin, était une espèce de cloaque commun à tous ces organes. Le gros intestin, dans les faits de M. Houel, manquait en presque totalité ; mais on retrouvait le cœcum, qui communiquait avec le cloaque dont il vient d'être question.

Dans la pièce de M. Richet, les côlons ne sont pas à leur place, mais il y a quelques circonvolutions du gros intestin qui les représentent. Celui-ci va ensuite se rendre dans le bassin. La vessie n'est pas, comme dans les faits de M. Houel, confondue avec le gros intestin ; elle est au-dessus de la saillie intestinale, où on la retrouve avec les deux uretères. L'intestin est distinct de la vessie, ainsi qu'on peut s'en convaincre quand on tire sur l'intestin par la face profonde de la paroi abdominale.

M. BLOT émet le vœu qu'on ne laisse échapper aucune occasion d'étudier la disposition de l'intestin au point de vue de l'établisse-

ment d'un anus contre nature, et du siége qu'il faut choisir de préférence pour l'établir.

M. Blot rappelle une opération de M. Maisonneuve dont il a été témoin, et dans laquelle le chirurgien est arrivé sur le rein. Il n'y avait pas de côlon.

A la Clinique, M. Blot a vu aussi une autre opération fort bien faite comme la première ; dans ce cas l'intestin fut ouvert, mais à l'autopsie on trouva entre l'ouverture et le bout supérieur une absence, une interruption complète de l'intestin, qui était réduit à un cordon fibreux. On comprend que dans ces circonstances les matières intestinales n'avaient pas pu prendre leur cours.

M. Blot pense qu'il vaut mieux chercher à ouvrir l'intestin dans le pli de l'aine ; mais il voudrait aussi que l'on ne négligeât aucune occasion pour essayer d'éclairer ce point de thérapeutique chirurgicale.

M. RICHET. Cette pièce ne pourrait en aucune façon servir à élucider la question si intéressante soulevée par M. Blot. Il s'agit ici d'une anomalie par trop extraordinaire. Je saisis cette occasion pour citer un fait curieux que j'ai observé à l'hôpital Saint-Louis avec M. Denonvilliers.

Un enfant fut apporté à l'hôpital ; il avait une imperforation du rectum. On trouvait dans la région anale un infundibulum dans lequel on pouvait introduire le doigt. En introduisant le doigt dans cet entonnoir et en pressant sur le ventre, nous espérions que, si un simple diaphragme séparait le méconium du doigt, nous sentirions une fluctuation qui pourrait nous guider : signe précieux, et auquel j'attache une grande importance ! Cette exploration ne nous fournit aucune indication.

J'opérai cet enfant suivant la méthode de Littre ; j'ouvris l'intestin, et il ne sortit rien ; j'introduisis une sonde dans les deux bouts, la sonde pénétra assez profondément, et il ne vint rien par la plaie.

L'enfant succomba bientôt, et à l'autopsie nous trouvâmes l'explication de l'absence de fluctuation dans l'infundibulum anal et d'écoulement par l'ouverture intestinale. L'intestin, très-probablement sous l'influence des pressions auxquelles il avait été soumis pendant le travail de l'accouchement, était rompu, et il s'était fait un épanchement dans le péritoine. Il n'y avait qu'un simple diaphragme séparant le rectum de l'infundibulum anal.

Je ne doute pas que, sans cette rupture de l'intestin, nous eussions senti la fluctuation dont j'ai parlé, et que nous aurions été guidés à fendre simplement la cloison qui formait la partie inférieure du rectum.

M. HOUEL partage l'opinion de M. Richet pour ce qui a rapport au fait qui est présenté et à ceux qu'il a observés. L'intestin manquait dans ceux qu'il a étudiés ; il n'est pas à sa place normale dans celui de M. Richet. Ces faits ne peuvent donc avoir aucune importance au point de vue de la statistique et des recherches dont a parlé M. Blot.

M. Houël termine en disant qu'il a fait un grand nombre de recherches sur un très-grand nombre d'enfants, et il est arrivé à cette conclusion que, par la partie postérieure, on arrive tout aussi aisément sur le côlon à droite qu'à gauche de la colonne vertébrale ; que, de l'un et de l'autre côté, il n'y a pas plus à redouter la lésion du péritoine, celui-ci affectant à droite et à gauche la même disposition.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, L. BAUCHET.

Séance du 18 décembre 1861.

Présidence de M. LABORIE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

A l'occasion du procès-verbal, M. MAURICE PERRIN communique une observation de hernie ombilicale étranglée.

Observation de hernie ombilicale étranglée et opérée par M. Hutin, avec succès, chez un vieillard de soixante-huit ans.

P... (Jean), né à Chatte (Isère) en 1785, est doué d'une constitution vigoureuse. En 1806, il prit du service dans le 44e de ligne. Tout en lui annonçait une organisation propre au métier des armes. P... passa du 44e de ligne dans la gendarmerie.

Un jour, en sautant un mur, et à la suite d'un effort qu'il fit pour conserver l'équilibre, il sentit un craquement dans la région ombilicale et vit apparaître une tumeur du volume d'une noix et de forme ovoïde. P... avait alors quarante-huit ans et était obèse.

L'accident n'eut pour lui aucune suite fâcheuse immédiate. Un médecin fut appelé, constata une hernie ombilicale, la réduisit et prescrivit au malade une simple ceinture destinée à maintenir la réduction. P... reprit son service, mais comme cette ceinture provoquait chez lui une compression abdominale gênante, il en négligea bientôt l'emploi. La hernie, habituellement sortie, n'était réduite qu'au mo-

ment des repas, car alors elle occasionnait quelques troubles dans la digestion. Cet état, constituant à peine une légère infirmité, se perpétua pendant vingt ans, sans aucun autre accident que l'augmentation progressive du volume de la tumeur, qui avait acquis la grosseur du poing.

Toutefois, le 22 février 1853, P... ayant négligé comme d'habitude d'appliquer sa ceinture, essaya, après un repas copieux, de réduire sa hernie, mais il ne put y parvenir. Après une heure d'essais infructueux, la tumeur devint le siége d'une douleur insolite; il survint des vomissements, et c'est dans cet état qu'il fut apporté à l'infirmerie des Invalides.

La tumeur, qui a le volume d'une tête de fœtus à terme, est ovoïde et obliquement dirigée de haut en bas et de dedans en dehors; sur son côté droit, on voit la cicatrice ombilicale à demi déplissée. Elle est douloureuse, rénitente, sonore; les vomissements continuent; la face est grippée; le pouls est dur, petit, très-fréquent (126 pulsations); la peau est froide, couverte d'une sueur visqueuse. On essaye par tous les moyens rationnels de réduire la hernie. Le taxis, prolongé et fait avec ménagement, la position, les applications de glace, d'éther, d'extrait de belladone, des lavements purgatifs, tout est rapidement épuisé sans aucun succès; M. Hutin se décide à l'opération le 24 au matin.

La tumeur est incisée dans toute son étendue. On arrive rapidement sur un sac herniaire bien distinct et sans adhérences. Après l'incision du sac, un peloton d'épiploon d'abord, puis une anse intestinale tordue au niveau de son pédicule, se présentent au bistouri. L'intestin est vivement congestionné, d'une teinte rouge vineuse, mais nulle trace de gangrène.

Le collet du sac est reconnu : il est dur et résistant. A l'aide d'un bistouri boutonné, conduit à plat sur la pulpe de l'index gauche, M. Hutin pratique sur le collet trois incisions profondes d'un millimètre et demi dans différentes directions. A l'aide de ce débridement multiple, l'épiploon et l'intestin sont facilement réduits.

Le collet restait à nu; M. Hutin l'excise dans son pourtour, de façon à transformer cette ouverture en une plaie simple, dont il affronte les bords et qu'il réunit par trois points de suture entortillée. On panse à plat et on fait de larges applications de glace.

Les accidents cessent immédiatement, et le malade peut prendre un peu de repos pendant la nuit. Le lendemain, le pouls a son rhythme normal; il survient spontanément une garde-robe. La glace est maintenue pendant cinq jours. Au bout de huit jours, on enlève les points de suture; la plaie est incomplétement cicatrisée, et il reste au cen-

tre un trajet fistuleux profond, à bords anfractueux et engorgés. L'état général est très-satisfaisant.

Trois abcès phlegmoneux surviennent successivement au pourtour de l'ombilic et sont suivis de décollements assez considérables. Des topiques émollients, des injections et un peu de compression, rendent facilement raison de ces accidents.

Mais vers la fin de mai, une influence scorbutique s'étant manifestée dans les salles, le malade en ressentit les effets. Les fonctions digestives s'alanguirent; il survint de la tuméfaction aux gencives, de l'œdème aux jambes et une éruption scorbutique. La cicatrisation s'arrêta et la plaie devint le siége d'une induration envahissant un espace de près d'un décimètre carré. M. Hutin eut recours alors à une médication dont il retire toujours de bons effets chez les vieillards en pareil cas. Il fit recouvrir l'abdomen et les jambes de goudron, rendu plus liquide par l'addition d'un tiers d'huile d'olives, joignant à cela des gargarismes antiscorbutiques, des tisanes amères, un régime tonique. La cicatrisation reprit son cours, et le 19 juillet le malade sortit entièrement guéri des suites de l'opération, mais non de la hernie, car la tumeur s'est reproduite offrant environ le volume d'un œuf; elle siége à gauche de la cicatrice ombilicale. Sa forme est conique; quand on la réduit, on constate très-facilement une perte de substance circulaire d'un diamètre égal à celui d'une pièce de deux francs, et dont la circonférence est épaisse et rugueuse.

CORRESPONDANCE.

M. Debout dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Marion Syms, un mémoire manuscrit intitulé : *Du vaginisme*. (Commissaires, MM. Debout, Huguier, Danyau.)

— M. Giraldès dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Holmes Coot, chirurgien-assistant à l'hôpital Saint-Barthélemy, à Londres, un mémoire manuscrit écrit en anglais, *sur le traitement mécanique des cicatrices rétractées*. (Commissaires, MM. Follin et Verneuil.)

— La Société a reçu en outre les ouvrages suivants :

Lucien Pénard, professeur d'accouchement à l'École de médecine de Rochefort, *Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme;* Paris, 1862, in-12. (87 figures.)

Berchon, *Recherches sur le tatouage;* Paris, 1861, in-8°.

Giacomo Sangalli, *Storia clinica ed anatomica dei tumori* (Histoire clinique et anatomique des tumeurs). Paris, 1860, 2 vol. in-8°, avec planches.

RAPPORT.

De l'enchondrome du testicule. — **M. BÉRAUD** lit un rapport sur un mémoire présenté par M. Paul Dauvé.

Messieurs,

Une commission, composée de MM. Verneuil, Désormeaux et moi, a été nommée pour vous rendre compte d'un mémoire de M. Dauvé, intitulé *De l'enchondrome du testicule.*

Cette commission, par l'organe de son rapporteur, vient aujourd'hui remplir sa tâche.

Le mémoire de M. P. Dauvé nous a paru mériter l'attention de la Société à plusieurs points de vue. Il se fait remarquer par une exposition savante, par des aperçus ingénieux et par des déductions toujours rigoureuses, ainsi que vous allez en juger vous-mêmes par l'analyse succincte que nous allons avoir l'honneur de vous présenter.

L'auteur a d'abord exposé les faits connus dans la science, et ceux qu'il a pu observer lui-même, il les a colligés et appréciés avec talent, puis il a construit avec eux une histoire fidèle et presque complète de l'enchondrome testiculaire. Il y a donc dans ce mémoire deux parties bien distinctes; la première renferme l'histoire critique de cette affection, la seconde se rapporte à son histoire dogmatique et clinique.

La première partie est précédée d'une introduction et d'un historique. L'introduction est consacrée à nous dire quel est le but de l'auteur en écrivant sa monographie.

M. Dauvé nous avertit trop modestement peut-être qu'il n'a pas l'intention de publier un traité complet sur les tumeurs cartilagineuses du testicule. Les faits, dit-il, ne sont pas assez nombreux, leur description est souvent trop concise et trop imparfaite, pour que des conclusions bien précises puissent être tirées. Mais en rapportant un cas remarquable qu'il a observé, il a voulu mettre en regard les faits analogues déjà publiés, et tirer de cette étude comparée quelques considérations pratiques. Nous verrons bientôt que M. Dauvé est resté fidèle à son programme, et qu'il ne s'est jamais laissé guider par l'imagination.

L'historique de l'enchondrome du testicule a paru à votre commission d'une exactitude rigoureuse. On pourra s'en faire une idée en voyant que M. Dauvé a cité plus de soixante ouvrages ou passages d'auteurs sur un sujet si restreint et tout récemment étudié.

M. Dauvé nous a d'abord tracé en quelques lignes l'histoire de l'enchon-

drome en général. Il a fait voir ce que la science devait à la France, à l'Angleterre, à l'Allemagne. Tout en rendant justice aux savants étrangers, nous avons vu avec satisfaction que, sans refuser à Muller l'honneur de l'impulsion, il s'attache à démontrer que bien avant le célèbre physiologiste allemand, M. Cruveilhier, en France, avait déjà décrit l'enchondrome sous le nom d'*ostéo-chondrophyte*.

Passant ensuite à l'histoire spéciale de l'enchondrome du testicule, il en fait une exposition fidèle. Il cite les travaux d'Ast. Cooper, de MM. Curling, Gosselin, Follin, Rokitansky, Virchow, l'observation de M. Lhonneur, la sienne propre, et celle de M. Verneuil, qui est inédite. Il se plaît à rendre justice à la thèse de M. le docteur Gyoux, que votre rapporteur vous avait offerte dans une des précédentes séances.

Vous le voyez, Messieurs, la science est déjà assez riche sur ce sujet pour entreprendre fructueusement et sans témérité une description de l'enchondrome testiculaire.

Votre commission est heureuse de constater ce résultat, et elle ne doit pas manquer de faire remarquer que la Société de chirurgie n'a pas été étrangère à cette féconde impulsion. Vous vous rappelez tous le savant rapport de notre honorable collègue M. Giraldès sur une observation de M. Paget, relative à l'enchondrome du testicule. De ce rapport est née la thèse de M. Gyoux, et bientôt après vous avez entendu les communications intéressantes de M. Richet, de M. Demarquay, et celles de MM. Dauvé et Lhonneur.

Pour arriver à utiliser tous ces documents, il fallait les examiner, les apprécier, juger de leurs différences et de leurs analogies; c'est ce que M. Dauvé a fait avec un talent auquel la commission s'empresse de rendre justice.

De cet examen il est résulté cette première conséquence : que l'on pourrait grouper les faits connus en plusieurs catégories, à savoir :

1° L'enchondrome associé avec la maladie kystique;

2° L'enchoudrome associé avec l'encéphaloïde;

3° L'enchondrome associé avec la maladie kystique et l'encéphaloïde à la fois;

4° L'enchondrome associé avec le tubercule;

5° L'enchondrome associé avec le tissu fibreux et d'autres tissus;

6° L'enchondrome pur.

Nous allons suivre M. Dauvé dans chacune de ses divisions :

1° Relativement à l'association de l'enchondrome avec la maladie kystique, M. Dauvé fait remarquer qu'il est admis généralement, et surtout par Curling, que la maladie kystique se complique souvent d'enchondrome dans le testicule; il n'a pu cependant trouver qu'un

seul cas où cette association lui fût bien démontrée, et encore, dans ce cas, le cartilage était tellement abondant, que si Curling lui-même n'avait pas constaté la nature kystique de la tumeur, il croirait que ce fait pourrait être considéré comme un des plus beaux cas d'enchondrome pur du testicule. M. Dauvé conclut néanmoins que ce fait peut démontrer l'association de ces deux affections.

Considérant, cependant, que le caractère de l'enchondrome est de présenter dans son évolution des kystes plus ou moins grands, et que M. Curling ne connaissait pas encore bien l'histoire de l'enchondrome quand il a décrit sa maladie kystique, la commission a pu se demander si aujourd'hui M. Curling considérerait encore ce fait comme se rattachant à la maladie kystique plutôt qu'à l'enchondrome, et elle serait elle-même plutôt disposée à admettre la dernière supposition. Il en résulte que sous ce rapport votre commission cherche encore des preuves qui démontrent l'association de la maladie kystique avec l'enchondrome.

2° Quant à l'enchondrome combiné avec l'encéphaloïde, il a été constaté d'abord par Muller, ensuite par Virchow, Baring (du Hanovre), par Paget, et enfin par notre collègue M. Demarquay. Il existe neuf cas dont l'examen a fourni à M. Dauvé les déductions suivantes. Les rapports réciproques des tissus ont été variables. Le plus souvent les deux produits morbides sont contenus dans des capsules fibreuses distinctes. Les faits démontrent que chaque produit marche avec son caractère propre, sans qu'il ait sur son voisin une influence bien marquée. Dans un cas de M. Paget il y avait ceci de curieux, c'est que les tumeurs lombaires renfermaient les cellules de l'encéphaloïde et ne contenaient aucune trace de cartilage. Ce fait à lui seul démontre bien la gravité relative de ces deux affections.

3° La combinaison de l'enchondrome avec l'encéphaloïde et la maladie kystique réunis a été observée trois fois. Nous devons ces observations à M. Cruveilhier, à Thompson et à Cæsar Hawkoni. Nous faisons encore ici les mêmes réserves que dans le premier chapitre à l'égard de la maladie kystique, et nous croyons que M. Dauvé aurait pu considérer ces kystes comme propres à l'enchondrome, de sorte que ces trois faits rentreraient naturellement dans la classe qui précède, et les réflexions que nous avons données à ce sujet s'y rapportent pleinement, ce qui nous dispense d'y revenir.

4° L'enchondrome s'associe rarement avec le tubercule. M. Dauvé rapporte seulement deux observations. L'une est à M. Letenneur, l'autre à M. Lebert. Cette dernière est parfaitement démonstrative.

5° L'enchondrome du testicule a été vu associé au tissu fibreux, à une masse phymatoïde, à des matières grasses amorphes et à du

tissu fibro-plastique. Les faits qui démontrent cette association sont dus à MM. Robin et Ordoñez. Du reste, dans ces deux cas, le cartilage était rare et avait pour siége l'épididyme.

6° L'enchondrome pur ou type du testicule est démontré par huit observations qui sont dues par rang de date à Ast. Cooper, à MM. Zambaco, Paget, Jouon, Richet, Dauvé, Lhonneur et Verneuil. M. Dauvé a rapporté textuellement chacune de ces observations, dont la plupart vous sont suffisamment connues, puisqu'elles ont été communiquées à la Société et publiées dans nos Bulletins.

La commission doit vous faire remarquer cependant que l'observation de M. Verneuil est inédite, et qu'il n'est pas nécessaire de vous dire combien elle a contribué à enrichir le mémoire de M. Dauvé par les réflexions dont elle est accompagnée.

M. Dauvé ne s'est pas contenté de reproduire ces observations, il les a fait suivre des remarques propres à leur auteur et de celles qui lui appartiennent; il en a de suite tiré les conclusions les plus immédiates, qui vont lui servir bientôt à édifier l'histoire de l'enchondrome testiculaire.

Cette seconde partie n'est en quelque sorte que le résumé de tout ce qui précède, c'est la substance même du travail ; c'est assez vous faire comprendre qu'elle en est la partie la plus importante. Il faut ajouter que pour en faciliter la lecture et l'intelligence, M. Dauvé la fait précéder d'un tableau qui permet d'un seul coup d'œil de juger chaque observation en particulier et de l'ensemble de son travail.

Pour l'exposition dogmatique, M. Dauvé a suivi la méthode classique, et il traite dans autant de chapitres de l'anatomie pathologique, des causes, des symptômes, du diagnostic, du pronostic et du traitement de l'affection cartilagineuse du testicule.

Dans l'anatomie pathologique, ce chirurgien commence par donner l'état des parties ambiantes, de la tunique vaginale, du cordon, des tuniques fibreuses et du dartos. Puis il décrit les lésions du parenchyme testiculaire et de l'épididyme.

Relativement à ce dernier point, il montre que l'enchondrome du testicule a été vu dans ses diverses phases de crudité, de ramollissement. Il insiste principalement sur le siége primitif de l'altération, qui est plus souvent dans le testicule que dans l'épididyme. Les observations lui montrent que le tissu cartilagineux peut se développer dans toutes les parties constituantes de l'organe et dans toutes ses régions. Ainsi l'affection a débuté dans les canaux du corps d'Higmore d'après Curling, dans les lymphatiques du *rete testis* et du cordon d'après Paget, dans le cordon épididymaire et dans les lymphatiques du corps d'Higmore d'après ses propres re-

cherches, dans le tissu cellulaire interlobulaire d'après M. Verneuil, dans tous les tissus d'après M. Lhonneur, et enfin dans la tunique albuginée d'après M. Jouon.

Ainsi l'on voit que tous les tissus du parenchyme testiculaire peuvent être le siége primitif de la lésion, et dès lors nous sommes obligés de reconnaître que Curling était trop exclusif en professant que le cartilage débutait toujours par le corps d'Higmore.

Relativement à l'étiologie, M. Dauvé rejette l'influence des diathèses scrofuleuse, syphilitique ; mais il admet volontiers (et les faits le démontrent suffisamment) une diathèse propre, ou, si l'on veut nous permettre cette expression, une *diathèse cartilagineuse*. Il montre ensuite que l'hérédité n'est pas prouvée, et que c'est vers l'âge de 25 à 35 ans que la lésion est la plus fréquente.

Quant aux causes physiques, il ne voudrait pas admettre l'opinion de Müller, leur faisant jouer un grand rôle ; il reconnaît cependant qu'elles peuvent hâter la marche de l'affection.

D'après l'analyse de quinze observations où l'étiologie est notée, six fois les malades ont accusé une contusion du testicule, deux fois un violent effort, une fois une orchite blennorrhagique. Dans le cas de Paget, la contusion a manifestement hâté le ramollissement. Enfin, dans cinq autres cas, la cause reste ignorée.

Il semblerait, d'après cela, que la lésion physique est fréquente ; mais il ne faut pas trop se laisser aller à tenir compte du récit des malades sur ce point, parce qu'ils sont toujours disposés à rapporter aux causes extérieures le principe de leur maladie. Et la commission pense avec M. Dauvé que la cause est inconnue, ou, si l'on veut, qu'elle tient à une cause spéciale ignorée, à une diathèse cartilagineuse.

Dans la description des symptômes, M. Dauvé n'a pas suivi une marche didactique ; il a préféré se placer au point de vue clinique, et il a fait voir que l'enchondrome se présente ici, comme dans les autres organes, sous trois aspects, en insistant surtout sur la période de début ou de crudité, et sur celle de ramollissement. Il passe successivement en revue la douleur, la forme de la tumeur, son volume, son poids, sa consistance. Il donne un aperçu rapide des symptômes généraux, de la marche et de la durée de la maladie, qui lui paraît être en moyenne de vingt et un mois. A cet égard, votre rapporteur pense qu'il y a une fausse interprétation des faits. La plupart des malades ayant été opérés et étant morts des suites de l'opération, ne peut-on pas se demander si l'affection n'aurait pas mis un temps plus long pour arriver à cette fatale issue si on l'avait abandonnée à elle-même ? L'histoire générale de l'enchondrome

nous ferait croire que la durée de son développement est plus considérable que ne l'a indiqué M. Dauvé. Nous profiterons de cette circonstance pour signaler une petite lacune dans l'œuvre que nous analysons : c'est l'influence de cette maladie sur les fonctions génitales. Nous n'avons à cet égard, il est vrai, que des renseignements incertains ; mais, enfin, il aurait fallu au moins en dire quelques mots.

Quant au diagnostic, il a fourni à M. Dauvé un chapitre des plus intéressants. Notre auteur a d'abord résumé les caractères généraux de l'enchondrome du testicule, puis il l'a comparé aux diverses tumeurs des bourses.

Longue durée de la maladie, lenteur dans l'évolution, indolence à la pression, état sain du cordon et des enveloppes, dureté spéciale, élasticité, volume et poids considérables, forme ovoïde et surface irrégulière et légèrement mamelonnée, siége constant dans un seul organe, telle est la physionomie sous laquelle M. Dauvé nous présente l'enchondrome testiculaire, tels sont les signes qui permettront d'arriver à son diagnostic. M. Dauvé pense que la sensation de pointes dures et élastiques peut à elle seule servir de base au diagnostic ; mais cette sensation tant désirable manque souvent, soit à cause de l'épaississement de la tunique vaginale, soit à cause d'un petit épanchement dans cette tunique ; de sorte qu'il faut interroger le plus souvent tous les signes que nous venons d'énumérer.

Malgré cela, nous croyons que ce diagnostic offre encore quelques difficultés, et nous devons savoir gré à M. Dauvé d'avoir établi le diagnostic différentiel de cette affection avec l'hydrocèle simple ou compliquée de l'épaississement de la tunique vaginale, l'hématocèle, l'orchite aiguë, l'orchite chronique, le testicule syphilitique, l'encéphaloïde, le tubercule et la maladie kystique.

Votre commission, Messieurs, a vu avec satisfaction que M. Dauvé avait accordé une grande valeur à un signe donné par M. Gosselin pour déterminer la nature des tumeurs du testicule. Dans les tumeurs solides, en effet, la dureté est surtout apparente et superficielle en arrière. De ce fait général, applicable à beaucoup de circonstances, on peut arriver, par exemple, à distinguer l'enchondrome de l'hydrocèle avec épaississement des parois de la tunique vaginale. Ainsi, dans ce dernier cas, la tumeur aura une dureté égale dans toute sa circonférence, tandis que dans l'enchondrome la dureté sera plus manifeste, plus accessible en arrière.

Quant au pronostic et à la nature de l'enchondrome, M. Dauvé les a formulés d'une manière très-nette, soit en se basant sur l'histoire générale de cette affection, soit en invoquant les faits spéciaux. Je

ne crois pas, dit-il, que l'enchondrome testiculaire soit une affection maligne, dans le sens scientifique attaché à ce mot quand il s'applique au cancer. Mais ces faits prouvent que les tumeurs cartilagineuses du testicule peuvent se généraliser dans les viscères, se développer dans les ganglions lymphatiques, et entraîner dans ces deux cas, par leur développement rapide ou par leur ramollissement, les désordres les plus graves.

Examinant la question du résultat des opérations, M. Dauvé nous montre toute la gravité de cette affection, puisque sur huit observations d'enchondrome pur il y a eu trois morts, quatre guérisons et un cas ignoré. Dans les trois cas de mort, le premier a succombé à des tumeurs cartilagineuses dans les poumons et les lymphatiques du cordon; le second à des tumeurs lombaires ayant perforé le duodénum; le troisième à des troubles graves de la respiration dont la nature reste inconnue, puisque l'autopsie n'a pu être pratiquée.

Pour le traitement, M. Dauvé a posé les indications de l'opération de la castration avec une grande sagesse, ce qui, il faut le dire, n'est pas commun chez les jeunes chirurgiens.

Nous voilà arrivés à la fin de notre analyse, qui peut maintenant vous mettre à même de juger que les éloges donnés par la commission à l'auteur de ce travail ne sont pas immérités.

Cependant, quoique la commission attache à ce mémoire une grande valeur, et le regarde comme pouvant à lui seul attirer l'attention de la Société sur M. Dauvé, elle croirait vous donner une idée insuffisante de tous les mérites de ce chirurgien, si elle ne profitait de cette circonstance pour vous rappeler que M. Dauvé possède d'autres titres scientifiques d'une valeur non moins grande.

Ainsi M. Dauvé a présenté à la Société de chirurgie diverses pièces relatives à l'enchondrome du testicule, un fongus du cordon avec enchondrome, et une invagination de l'intestin grêle avec polype de l'intestin. Un moule en plâtre de cette pièce a été déposé au musée du Val-de-Grâce.

En outre, M. Dauvé a enrichi la science de plusieurs mémoires originaux, qui sont :

1° *Essai sur l'ecthyma dans l'armée et spécialement dans la cavalerie;*

2° *Observation d'invagination de l'intestin grêle avec polype;*

3° *De l'éruption papulo-vésiculeuse, dite gale bédouine, observée en Vénétie pendant la guerre d'Italie;*

4° *Relation d'un monstre double autositaire;*

5° *Etudes sur les injections du sous-nitrate de bismuth et l'usage des balsamiques à petites doses dans la blennorrhagie.*

Pour tous ces motifs, et spécialement en ce qui concerne le mémoire sur l'enchondrome, la commission vous propose les conclusions suivantes :

1° Des remercîments et des félicitations à l'auteur ;

2° Renvoyer le mémoire au comité de publication pour être inséré dans les *Mémoires* de la Société ;

3° L'inscription de M. Dauvé au nombre des candidats aux places vacantes de membres correspondants.

Les conclusions sont adoptées.

La Société décide, en outre, que le rapport de M. Béraud sera imprimé dans nos *Bulletins*.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre les rapports des commissions nommées pour préparer les élections aux titres de correspondants nationaux et de correspondants étrangers.

Le secrétaire annuel, Bauchet.

Séance du 8 *janvier* 1862.

Présidence de M. Laborie.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Verhaeghe, *Sur l'ostéo-plastique appliquée à la résection du maxillaire supérieur;* Bruxelles, 1861, in-8°.

Després (Armand), *Essai sur le diagnostic des tumeurs du testicule* (thèse inaug.) ; Paris, 1861, in-4°.

Trapenard, *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat pour* 1860-1861.

Bulletin de l'Académie impériale de médecine, t. XXVI, 1860-1861, in-8°.

Mémoires de l'Académie impériale de médecine, t. XXV (1re partie), Paris, 1861, in-4°.

Bulletin de la Société centrale de médecine du département du Nord, année 1861 (Lille).

Edinburg medical Journal, novembre 1861.

— M. le docteur Gaillard (L.), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, demande le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie, et adresse à l'appui de sa demande des travaux manuscrits et des ouvrages imprimés.

Les travaux manuscrits sont relatifs au traitement de la fistule lacrymale par la cautérisation et à un nouveau procédé de kélotomie ombilicale. (Commissaires, MM. Huguier, Béraud, Boinet.)

Les travaux imprimés sont les suivants :

Anaplastie des paupières; Bruxelles, 1848, in-8°.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Poitiers; 1844 et 1854.

Un seul appareil pour toutes les fractures du membre inférieur; Paris, 1857, in-8°.

Lettre à l'Académie de médecine sur vingt-huit cas de calculs vésicaux; Paris, 1847, in-8°.

Anaplastie de l'urèthre; Paris, 1859, in-4°.

— La Société a procédé à diverses élections; elle a commencé par celles de huit membres *correspondants nationaux*.

Votants, 25. — Majorité, 13.

MM.	Bourgeois et Thore ont réuni.	22 voix.
	Closmadeuc et Silbert (d'Aix).	21 —
	Philippeaux	18 —
	Raimbert	17 —
	Azam	16 —
	Tholozan	15 —

En conséquence, les chirurgiens dont les noms précèdent ont été proclamés membres correspondants nationaux.

La Société a ensuite élu *six correspondants étrangers*.

Votants, 26. — Majorité, 14.

MM. Esmarch, Macleod et Bérend ont réuni 23 voix; MM. Michaëlis et Rizzoli en ont réuni 21.

En conséquence, ils ont été proclamés membres correspondants étrangers.

Après un deuxième tour de scrutin et un scrutin de ballottage, M. Piachaud (de Genève) a été également proclamé membre correspondant étranger par 14 voix sur 22 votants.

ÉLECTION DES MEMBRES DU BUREAU.

Élection du président : Votants, 22. — Majorité, 12.

M. Morel-Lavallée a obtenu 21 voix; il a été proclamé *président* de la Société de chirurgie pour l'année 1862.

Élection du vice-président : Votants, 21. — Majorité, 11.

M. Depaul a obtenu 15 voix ; il a été proclamé *vice-président.*

Élection des secrétaires : Votants, 21. — Majorité, 11.

M. Béraud a obtenu 18 voix; M. Foucher, 11.

En conséquence, MM. Béraud et Foucher sont proclamés *secrétaires.*

Le *trésorier* et l'*archiviste*, MM. Houël et Verneuil, sont réélus par acclamation.

— La suite des élections et le comité secret pour entendre le rapport sur le *prix Duval* sont renvoyés à la séance suivante.

La séance solennelle, en raison du retard occasionné par le jour de Noël et le jour de l'an, qui sont tombés un mercredi, et qui ont ainsi privé la Société de deux séances, est fixée au mercredi 22 janvier.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Séance du 15 janvier 1862.

Présidence de M. LABORIE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Le tome du *Bulletin de l'Académie impériale de médecine.* Paris, 1861, in-8°.

2° Le Ier fascicule du tome des *Mémoires* de la même Académie. Paris, 1861, in-4°.

3° Les fascicules V et VI du tome VI des *Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique.* Bruxelles, 1861, in-4°.

4° Le tome LXXII du *Vierteljahrchrift für die praktische Heilkunde.* Prague, 1861, grand in-8°.

— M. Larrey offre à la Société, de la part de leurs auteurs, les ouvrages suivants :

A. Netter, *Traitement des bubons vénériens par les vésicatoires ;* Paris, 1861, in-8°.

J. D. Guérineau (de Poitiers), *Du diagnostic différentiel à l'aide de l'ophthalmoscope des amauroses vraies et simulées*; 2e édit., Paris, 1861, un vol. in-8°, 21 pl. coloriées.

COMMUNICATION.

M. GIRALDÈS présente, au nom de M. Stahl, chef de l'atelier de moulage au Muséum d'histoire naturelle, une série de pièces en plâtre destinées à montrer l'avantage qu'on peut retirer de *l'application du moulage à la confection de chaussures pour les pieds difformes, et pour la partie de soutien des appareils prothétiques.*

Nous savons tous la difficulté qu'on éprouve à obtenir des chaussures convenablement faites pour des malades adultes atteints de pieds bots ou autres difformités du pied. La configuration irrégulière de ces parties, les anfractuosités et les saillies qu'elles présentent rendent difficile la confection de chaussures qui s'adaptent convenablement et qui ne fatiguent ou ne blessent pas les malades. La même remarque peut s'appliquer aux jambes et aux pieds artificiels pour les amputés.

Nous avons tous vu des accidents produits par un vice de confection de la portion des appareils sur laquelle portent les moignons.

Pour obvier à tous ces inconvénients, M. Stahl a pensé que si l'on moulait à l'avance les parties des membres qui doivent porter sur un appareil ou sur une chaussure, et si avec le bon creux du moulage on confectionnait avec du caoutchouc liquide une partie analogue, on obtiendrait une surface dans laquelle se trouveraient exactement logées les saillies et les anfractuosités, et qui donnerait aux parties un appui qui ne blesserait pas, et sur lequel on pourrait confectionner un appareil ou une chaussure.

Cette idée a été heureusement mise en pratique par lui chez un malade atteint de pied bot équin, et pour lequel jusqu'alors il avait été impossible de faire une chaussure convenable.

On peut voir sur le moule que je présente à la Société combien le procédé de M. Stahl a heureusement rempli les indications qu'il a voulu obtenir. Ce moule est la reproduction du pied dont il vient d'être question.

Il y a quelques années déjà, dit M. Stahl, une personne dont le pied était au plus haut point difforme, se plaignait devant moi des vives douleurs que lui causaient les chaussures mécaniques, à l'aide desquelles on avait essayé de remédier à son infirmité. Je m'aperçus bientôt que ces appareils étaient surtout insuffisants en ceci, que le pied, ne s'appliquant point au sol, était en quelque sorte suspendu sans aucune assiette dans une chaussure où le maintenaient des la-

nières, dont la pression irritait la peau et déterminait des douleurs qui rendaient la marche à peu près impossible.

Il me sembla qu'on pouvait à la rigueur remédier à cet inconvénient; quelle que fût la difformité de la surface plantaire, il était possible de trouver une surface telle qu'elle s'y adaptât d'une manière parfaite ; or cette surface inclinée d'une certaine façon pouvait devenir l'élément principal d'une semelle sur laquelle le pied pourrait s'appuyer en s'y appliquant de la manière la plus exacte, et contre laquelle il serait facile de le maintenir à l'aide de bandes larges embrassant la convexité du pied. Il était facile d'obtenir cette surface au moyen du moulage en plâtre d'abord, puis en une substance élastique, telle que du cuir bouilli, de la gutta-percha ou du caoutchouc ; dans le désir où j'étais de soulager cette personne, je me mis à l'œuvre, et le succès couronna mes premiers efforts.

La première pièce est le moule d'un pied d'enfant placé dans une attitude forcée tout à fait anormale. Dans cette attitude le pied posé à terre ne porterait que sur son bord externe ; il s'agit de permettre à ce pied de s'appliquer par toute la surface plantaire, de manière à trouver son aplomb.

La deuxième pièce permet de résoudre ce problème : c'est une semelle dont la face supérieure est une empreinte exacte de la face inférieure du pied, en donnant plus d'épaisseur à cette semelle à son côté interne. Le pied peut s'y appliquer sans aucune fatigue de l'articulation tibio-tarsienne et trouver un aplomb parfait.

La troisième pièce et la quatrième montrent comment, en variant graduellement l'épaisseur de la semelle, soit au côté externe, soit au côté interne, soit même en avant, on pourrait arriver naturellement à modifier les attitudes du pied, si le chirurgien se proposait d'atteindre ce but et d'amener une guérison complète.

La cinquième pièce permet de montrer de quel usage seraient de pareilles semelles s'il s'agissait de soustraire à la pression quelques points malades, trop sensibles ou mal configurés de la surface plantaire.

La matière que je préfère pour la fabrication de la partie essentielle de ces semelles est le caoutchouc; on obtient ainsi de la manière la plus parfaite les résultats désirés.

Je n'ai pas besoin d'expliquer ici comment bien des appareils analogues, embrassant les membres, les soutenant exactement en certains points d'élévation, auraient d'avantages dans la fabrication des membres artificiels.

— M. DELAPORTE, médecin à Vimoutiers (Orne), montre à la So-

ciété un de ses bras, sur lequel on remarque **une difformité assez singulière.**

Cette altération a débuté, il y a cinq ou six ans, par un gonflement siégeant sur le radius, un peu au-dessus de l'extrémité articulaire inférieure de cet os : elle a augmenté peu à peu, et aujourd'hui on constate une élongation remarquable du radius avec hypertrophie portant surtout sur son tiers inférieur. Comme le cubitus n'a pas subi la même lésion, et que l'articulation radio-carpienne est très-peu abaissée et déjetée en dedans, il en résulte que le radius s'est soulevé et tordu sur lui-même. Une pression un peu forte détermine de la douleur. On ne sent ni battements ni fluctuation.

M. Delaporte se sert de son bras presque aussi facilement qu'avant le début de cette altération. Il a pris de l'iodure de potassium, mais il a cessé de faire usage de ce médicament, parce qu'il provoquait des douleurs d'estomac. M. Delaporte désirerait avoir l'opinion des membres de la Société.

M. CHASSAIGNAC pense qu'il s'agit d'un **rachitisme mono-ostéique,** c'est-à-dire occupant un seul os.

Les membres présents partagent la même opinion, et tous sont d'avis qu'il faut se borner à un régime tonique.

SUITE DES ÉLECTIONS.

Comité de publication. — Votants, 21.

Sont nommés : MM. Follin (13 voix), Jarjavay (9 voix), Guérin (7 voix).

Commission des congés. — Votants, 26.

Sont nommés : MM. Legouest (17 voix), Bouvier (11 voix), Boinet (10 voix).

— A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur le *prix Duval.*

Le secrétaire, BAUCHET.

FIN DU TOME DEUXIÈME.

ANCIENNE LIBRAIRIE CROCHARD, 1804.

PUBLICATIONS

DE

VICTOR MASSON ET FILS

MÉDECINE ET SCIENCES



PARIS

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1er Mars 1862

Tous les ouvrages portés dans ce Catalogue sont expédiés par la poste, dans les départements et en Algérie, *franco* et sans augmentation sur les prix désignés. — Joindre à la demande des *timbres-poste* ou un *mandat* sur Paris.

Victor Masson et Fils se chargent de faire venir, dans les 15 jours de la commande, soit d'Allemagne, soit d'Angleterre, les ouvrages de toute nature publiés dans ces pays.

Par une décision en date du 28 octobre 1858, Victor Masson et Fils ont été nommés commissionnaires de la Société impériale des naturalistes de Moscou. On peut déposer à leur librairie ou chez leurs agents tout ce que l'on désire adresser à cette Société.

AGENTS DE VICTOR MASSON ET FILS

CHEZ LESQUELS ON EST INVITÉ A DÉPOSER TOUT CE QU'ON DÉSIRE LEUR ADRESSER.

A LEIPZIG,

M. Franz Wagner, *Poststrasse.*

A LONDRES,

MM. Williams et Norgate, *Henrietta Street, Covent Garden.*

A NEW-YORK,

M. H. Baillière, 290, *Broadway.*

On trouvera chez M. Franz Wagner le Catalogue avec le prix en Thalers, et un assortiment des publications de Victor Masson et Fils.

PUBLICATIONS

DE

VICTOR MASSON ET FILS

AGASSIZ. — **Système glaciaire**, ou Recherches sur les glaciers, leur mécanisme, leur ancienne extension, et le rôle qu'ils ont joué dans l'histoire de la terre. Paris, 1847, 1 vol. grand in-8, avec un atlas de 3 cartes et 9 planches en partie coloriées.............................. 50 fr.

ALIBERT (C.). — **Des eaux minérales dans leurs rapports avec l'économie publique,** la médecine et la législation. Paris, 1852, in-8.. 1 fr. 50

ANDRAL. — **Clinique médicale**, ou Choix d'observations recueillies à l'hôpital de la Charité; 4e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1840, 5 volumes in-8.. 40 fr.

ANDRAL. — **Essai d'hématologie pathologique.** Paris, 1843, in-8... 4 fr.

Annales de chimie et de physique.

Annales des sciences naturelles.

Annales d'oculistique.

Annales médico-psychologiques.

Archives cliniques des maladies mentales.

Pour ces cinq recueils, voyez *Publications périodiques*, pages 27 et suivantes.

AUDOUIN (V.) ET MILNE-EDWARDS. — **Recherches pour servir à l'histoire naturelle du littoral de la France,** ou Recueil de mémoires sur l'anatomie, la physiologie, la classification et les mœurs des animaux de nos côtes. 2 volumes grand in-8, ornés de planches gravées et coloriées.. 34 fr.

AUVERT (ALEX.). — **Selecta Praxis medico-chirurgicæ quam Mosquæ exercet;** typis et figuris expressa Parisiis, moderante *Amb. Tardieu.* 2e édition. Paris, 1856, 2 vol. gr. in-folio, cartonnés. 500 fr.

Les mêmes, reliés en demi-maroquin, tranche supérieure dorée. 540 fr.

Cette magnifique clinique iconographique du docteur *Alex. Auvert*, de Moscou, comprend 120 planches grand in-folio demi-colombier, gravées en taille-douce, tirées en couleur et retouchées au pinceau.

Chaque sujet est accompagné d'un texte explicatif imprimé dans le même format et placé en regard de la planche.

BAILLON. — **Étude générale du groupe des Euphorbiacées.** Recherche des types. — Organographie. — Organogénie. — Distribution

géographique. — Affinités. — Classification. — Description des genres. Paris, 1858, 1 vol. grand in-8 avec atlas cartonné.............. 36 fr.

BAILLON. — Monographie des Buxacés et des Stylocarées. Paris, 1859, 1 vol. grand in-8, avec 3 planches gravées........... 5 fr.

BASSET (N.). — Traité théorique et pratique de la fermentation, considérée dans ses rapports généraux avec les sciences naturelles et l'industrie. Paris, 1858, 1 vol. gr. in-18...................... 7 fr.

BATTAILLE (Ch.). — Nouvelles Recherches sur la phonation. Paris, 1860, 1 vol. in-8 avec 7 planches........................ 4 fr.

BAUDRIMONT et G. S. MARTIN SAINT-ANGE. — Du développement du fœtus, mémoire présenté à l'Académie des sciences. Paris, 1850. Beau volume in-4, avec 18 planches gravées en taille-douce et magnifiquement coloriées. Prix, cartonné..................... 18 fr.

BERTHERAND (A.). — Campagne d'Italie de 1859. Lettres médico-chirurgicales écrites du grand quartier général de l'armée. Paris, 1860, 1 vol. in-18... 3 fr. 50

BERTILLON (A.).—Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine, ou Essai sur la durée comparative de la vie humaine au XVIIIe et au XIXe siècle ; précédées d'une introduction sur l'application de la méthode statistique à l'étude de l'homme. Paris, 1857, 1 vol. gr. in-18... 4 fr.

BEUDANT. Voyez **Cours élémentaire d'histoire naturelle**, p. 8.

BICHAT. — Recherches physiologiques sur la vie et la mort, suivies de notes par M. le docteur Cerise, 4e édition. Paris, 1 vol. grand in-18... .... 3 fr.

BILLOD. — De la dépense des aliénés assistés en France et de la colonisation considérée comme moyen pour les départements de s'en exonérer en tout ou en partie. 1 broch. in-8................. 2 fr. 50

BLANCHARD (Émile). — Organisation du règne animal publiée par livraisons grand in-4, contenant chacune deux planches magnifiquement gravées et une feuille et demie de texte. Prix de chaque livraison : 6 fr.
34 livraisons sont en vente.

BOINET. — Iodothérapie ou De l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés, et particulièrement des injections iodées. Paris, 1855, 1 vol. in-8 .... 9 fr.

BOITEL. — Mise en valeur des terres pauvres par le pin maritime, culture et exploitation de cette essence en Gascogne et en Sologne ; 2e édition. Paris, 1857, 1 vol. grand in-8, avec une planche et vignettes dans le texte .... 3 fr.

BONAMY, BROCA et BEAU. — Atlas d'anatomie descriptive du corps humain, ouvrage pouvant servir d'atlas à tous les traités d'anatomie.

L'Anatomie descriptive du corps humain est publiée par livraisons de 4 planches in-8 jésus dessinées d'après nature et lithographiées avec un texte explicatif et raisonné en regard de chaque planche.

Prix de chaque livraison : Avec planches noires.................. 2 fr.
— . Avec planches coloriées................ 4 fr.

Chaque partie de l'ouvrage est vendue séparément, savoir :

1° **APPAREIL DE LA LOCOMOTION.** Complet en 84 planches dont 2 sont doubles.

	Prix broché.	Avec demi-reliure.
Figures noires...........	44 fr.	47 fr.
— coloriées....................	88	92

2° **APPAREIL DE LA CIRCULATION.** Complet en 64 planches.

Figures noires.....................	32 fr.	35 fr.
— coloriées....................	64	68

3° **APPAREILS DE LA DIGESTION, DE LA RESPIRATION, GENITO-URINAIRE.** Première partie, comprenant les appareils de la digestion et ses annexes, l'appareil surrénal et le rein. 50 planches.

	Prix broché.	Avec demi-reliure.
Figures noires....................	25 fr.	28 fr.
— coloriées.................	50	54

BORSIERI (J. B.), DE KANILFELD. — Instituts de médecine pratique. Des Fièvres et des Maladies exanthématiques fébriles, traduits par le docteur P. E. Chauffard. Paris, 1855, 2 vol. grand in-8..... 16 fr.

BOUQUET (J. P.). — Histoire chimique des eaux minérales et thermales de Vichy, Cusset, Vaisse, Hauterive et Saint-Yorre ; analyses chimiques des eaux minérales de Médague, Châteldon, Brugheas et Seuillet. Paris, 1855, 1 vol. in-8 avec 2 cartes et 1 planche..... 7 fr. 50

BOUTEILLER (Jules). — Table analytique générale des matières contenues dans les Bulletins de la Société anatomique de Paris pour les trente premières années (1826-1855), suivie d'une table alphabétique des membres de la Société et des présentateurs de pièces ou observations mentionnées dans la première série des *Bulletins*. Paris, 1857, 1 vol. in-8. 7 fr.

BOUTIGNY (d'Évreux). — Études sur les corps à l'état sphéroïdal ; nouvelle branche de physique. 3e édition. Paris, 1857, 1 vol. in-8, avec 26 figures intercalées dans le texte.................. 7 fr.

BOUTRON ET F. BOUDET. — Hydrotimétrie. Nouvelle méthode pour déterminer les proportions des matières en dissolution dans les eaux de sources et de rivières. 2e édition. Paris, 1862, grand in-8... 2 fr. 50

BRIQUET (P.). — Recherches expérimentales sur les propriétés du quinquina et de ses composés, ouvrage couronné par l'Académie des sciences. 2e édition. Paris, 1855, 1 vol. in-8...... 8 fr.

BRIQUET (P.) ET MIGNOT (A.). — Traité pratique et analytique du choléra-morbus. Paris, 1850, 1 vol. in-8............ 7 fr.

BROCA (P.). — De l'étranglement dans les hernies abdominales et des affections qui peuvent le simuler. 2e édition. Paris, 1857, 1 vol. in-8. .... 5 fr.

BROWN-SÉQUARD. — Journal de la physiologie.
Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique.
Bulletin de la Société anatomique de Paris.
Bulletin de la Société de chirurgie de Paris.
Bulletin de la Société Impériale zoologique d'acclimatation.
Bulletin de la Société d'anthropologie.

Pour ces six recueils, voyez aux *Publications périodiques*, pages 29 et suiv.

BUEK. — Index Candolleanus. (Voy. DE CANDOLLE.)

BUNSEN (ROBERT). — **Méthodes gazométriques.** Traduit de l'allemand, sous les yeux de l'auteur et avec son concours, par M. TH. SCHNEIDER. Paris, 1858. 1 vol. in-8 avec 60 gravures intercalées dans le texte. 8 fr.

BURDEL. — Des fièvres paludéennes, Recherches sur leur véritable cause, suivies d'études physiologiques et médicales sur la Sologne. Paris, 1858, 1 vol. grand in-18.............................. 3 fr. 50

CABANIS. — Rapports du physique et du moral de l'homme, nouvelle édition publiée par le docteur CERISE. 1855, 2 vol. in-18. 6 fr.

Cahiers d'histoire naturelle, par MM. MILNE-EDWARDS et ACHILLE COMTE. Ouvrage adopté par le Conseil de l'instruction publique; nouvelle édition mise en concordance avec le programme du 22 avril 1852, pour l'enseignement des sciences dans les lycées. 3 vol. in-12.

- **Zoologie,** avec 15 planches.................... 2 fr.
- **Botanique,** avec 9 planches.................. 2 fr.
- **Géologie,** avec 10 cartes gravées sur acier....... 2 fr.

CARRIÈRE. — Les Cures de petit-lait et de raisin, en Allemagne et en Suisse, dans le traitement des principales maladies chroniques et particulièrement de la phthisie pulmonaire. Paris, 1860, 1 vol. in-8. 4 fr. 50

CHASSAIGNAC. — Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales ou Traité de thérapeutique chirurgicale. Paris, 1861-1862, 3 vol. grand in-8, avec figures dans le texte.
En vente, tome Ier.. 14 fr
Tome II, 1re partie.. 8 fr.

CHASSAIGNAC. — Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical. Paris, 1859. 2 vol. grand in-8..... 18 fr.

CHENU. — Manuel de Conchyliologie et de Paléontologie conchyliologique. 2 vol. in-8 jésus avec 4943 figures dans le texte, dont plusieurs coloriées.. 50 fr.

CHOMEL (A. F.). — Éléments de pathologie générale, 4e édition, revue et augmentée. Paris, 1856, 1 vol. grand in-8.......... 9 fr.

CHOMEL (A. F.). — Des dyspepsies. Paris, 1857, 1 vol. in-8. 6 fr.

CHURCHILL (J. F.). — De la cause immédiate de la phthisie pulmonaire et des maladies tuberculeuses et de leur traitement spécifique par les hypophosphites. 2e édition. Paris, 1861, 1 vol. in-8. *Sous presse.*

CLAVEL. — Traité d'éducation physique et morale, accompagné de plans d'ensemble indiquant la disposition principale des établissements d'instruction publique, par E. MULLER, ingénieur civil. Paris, 1855, 2 vol. grand in-18, avec 2 cartes.............................. 6 fr.

CLOQUET (H.). — Atlas d'anatomie, comprenant 241 planches gravées en taille-douce, 5 vol. in-4.

Parties.	Planches.	Prix.
1re Ostéologie et Syndesmologie..................	66	9 fr
2e Myologie....................................	36	5 fr.
3e Névrologie..................................	36	5 fr.
4e Angéiologie..................................	60	9 fr.
5e Splanchnologie et Embryologie................	43	7 fr.
Prix de l'ouvrage complet............	241	35 fr.

COMTE (A.).— Introduction au règne végétal de A. L. DE JUSSIEU, disposée en tableau méthodique; une feuille gr. colombier.... 1 fr. 25

COMTE (A.) — Le Règne animal, disposé en tableaux méthodiques. Quatre-vingt-onze tableaux, sur grand colombier, représentant environ *cinq mille figures* d'animaux................................. 114 fr.

COMTE (ACHILLE). — Structure et physiologie de l'homme, démontrées à l'aide de figures coloriées, découpées et superposées ; 8e édition. Paris, 1861, 1 vol. grand in-18, avec atlas de 8 planches gravées en taille-douce et figures dans le texte.................. 4 fr. 50

CORVISART (L.). — Sur une fonction peu connue du pancréas, la digestion des aliments azotés. Expériences parallèles sur la digestion gastrique et intestinale; inductions cliniques... 3 fr. 50

COSSON (E.) ET GERMAIN (E.). — Flore des environs de Paris, ou Description des plantes qui croissent spontanément dans cette région et de celles qui y sont généralement cultivées, accompagnée de tableaux synoptiques et d'une carte des environs de Paris. 2e édition, 1861, 1 très-fort vol. in-8... 15 fr.

COSSON (E.) ET GERMAIN (E.). — Atlas de la Flore des environs de Paris, ou Illustrations de la plupart des espèces litigieuses de cette région, accompagnées d'un texte explicatif. Paris, 1845, 1 vol. grand in-18, cartonné, contenant 42 pl. grav. en taille-douce........... 9 fr.

COSSON (E.) ET GERMAIN (E.). — Synopsis de la Flore des

environs de Paris, destiné aux herborisations, contenant la description des familles et des genres, celle des espèces et des variétés sous la forme analytique, avec leur synonymie et leurs noms français, l'indication des propriétés des plantes employées en médecine, dans l'industrie ou dans l'économie domestique et une table des noms vulgaires. 2e édition, Paris, 1859, 1 vol. in-18.................................... 4 fr.

COSTE. — **Histoire générale et particulière du développement des corps organisés**, publiée sous les auspices du Ministre de l'instruction publique. Paris, 1848-1860, 3 volumes in-4, avec 50 planches grand in-plano, gravées en taille-douce, imprimées en couleur et accompagnées de contre-épreuves portant la lettre. Prix de la livraison : 52 fr.

4 livraisons sont en vente, texte et planches.

Cours élémentaire d'histoire naturelle, adopté par le Conseil supérieur de l'instruction publique et approuvé par Mgr. l'Archevêque de Paris. 3 vol. gr. in-18.

Zoologie, par M. MILNE-EDWARDS, 8e édition, 1858, avec 473 fig. 6 fr.

Botanique, par M. A. DE JUSSIEU, 8e édition, 1858, avec 812 fig. 6 fr.

Minéralogie et **Géologie**, par M. BEUDANT, 8e édition, 1857, avec figures... 6 fr.

Géologie, séparément. 1 vol............................ 4 fr.

CUVIER. — **Lettres de Georges Cuvier sur la politique et sur l'histoire naturelle**, écrites en allemand, à son ami Pfaff, de 1788 à 1792; publiées pour la première fois en français. Traduction du docteur MARCHANT. Paris, 1858, 1 vol. grand in-18, avec 1 planche. 3 fr. 50

CUVIER (GEORGES). — **Le Règne animal** distribué d'après son organisation. 2e édit., Paris, 1829-1830, 5 vol. in-8................. 36 fr.

CUVIER (GEORGES). — **Le Règne animal** distribué d'après son organisation, pour servir de base à l'Histoire naturelle des animaux et d'introduction à l'Anatomie comparée ; nouvelle édition, accompagnée de planches gravées, représentant les types de tous les genres, les caractères distinctifs des divers groupes, et les modifications de structure sur lesquelles repose cette classification , publiée par une réunion de professeurs; 11 volumes de texte, et 11 atlas formant un ensemble de 993 planches, dont 13 sont doubles, dessinées d'après nature et gravées en taille-douce.

PRIX DE L'OUVRAGE COMPLET :

Les 11 tomes du texte, brochés en 10 volumes, les 993 planches et leurs explications réunies en 39 étuis :

Avec planches en noir............. .... 590 fr.

Avec les planches coloriées.......... .... 1,310 fr.

Prix d'une demi-reliure de luxe en 10 volumes de texte et 10 atlas montés sur onglets, ensemble 20 volumes, dos et coins en maroquin, tranche supérieure dorée.. 170 fr.

Chaque division du *Règne animal* est vendue séparément comme suit :

INDICATION DE CHAQUE DIVISION.	NOMBRE de planches.	PRIX en couleur.	PRIX en noir.
Les MAMMIFÈRES et les RACES HUMAINES, avec Atlas, par MILNE-EDWARDS, LAURILLARD et ROULIN...	121	fr. 155	fr. 70
Les OISEAUX, avec Atlas, par A. d'ORBIGNY...........	102	135	60
Les REPTILES, avec Atlas, par DUVERNOY...........	46	65	30
Les POISSONS, avec Atlas, par VALENCIENNES.........	122	160	72
Les MOLLUSQUES, avec Atlas, par DESHAYES..	152	195	88
Les INSECTES, avec Atlas, par AUDOUIN, BLANCHARD, DOYÈRE et MILNE-EDWARDS........................	202	275	124
Les ARACHNIDES, avec Atlas, par DUGÈS et MILNE-EDWARDS..	31	45	20
Les CRUSTACÉS, avec Atlas, par MILNE-EDWARDS....	87	115	52
Les ANNÉLIDES, avec Atlas, par MILNE-EDWARDS et DE QUATREFAGES................................	30	40	18
Les ZOOPHYTES, avec Atlas, par MILNE-EDWARDS et BLANCHARD..	100	125	56

CUZENT (G.). — O'Taïti. 1 vol. gr. in-8, avec cartes et plans.. 4 fr.

DE CANDOLLE (A.). — Géographie botanique raisonnée. Paris, 1855, 1 tome grand in-8 de 1,300 pages, divisé en 2 volumes compactes, avec 2 cartes coloriées.............................. 25 fr.

DE CANDOLLE. — Prodromus systematis naturalis regni vegetabilis, *sive Enumeratio contracta ordinum, generum, specierumque plantarum hucusque cognitarum.* Paris, 1824-1857, in-8.

— En vente, les tomes I à XV, 1re partie................... 204 fr.

Chacun des tomes I à VII se vend séparément.................. 13 fr.

Chaque partie du tome VII séparément .... 8 fr.

Chacun des volumes depuis le tome VIII se vend................ 16 fr.

Le tome XIII a une deuxième partie vendue..................... 12 fr.

Le tome XV, 1re partie....................................... 4 fr.

DE CANDOLLE. — Index Candolleanus, par BUEK, contenant la table des genres, espèces et synonymes des vol. I à XIII inclusivement du *Prodromus.* 2 vol. in-8 .... 30 fr.

DELABARRE. — Des accidents de la dentition chez les enfants en bas âge, et des moyens de les combattre. Paris, 1851, 1 vol. in-8, avec fig. dans le texte.. 3 fr.

*

DELASIAUVE. — Traité de l'épilepsie. — HISTOIRE. — TRAITEMENT. — MÉDECINE LÉGALE. Paris, 1854, 1 vol. in-8........... 7 fr. 50
Voir aux Recueils périodiques.

DELAUNAY. — Cours élémentaire de mécanique. 5e édit. Paris, 1862, 1 vol. grand in-18, avec 548 fig. dans le texte............. 8 fr.

DELAUNAY. — Cours élémentaire d'astronomie, concordant avec tous les articles du nouveau Programme officiel pour l'enseignement de la COSMOGRAPHIE dans les lycées. 3e édition. Paris, 1860, 1 vol. grand in-18, avec 389 figures dans le texte......................... 7 fr. 50

DELAUNAY. — Traité de mécanique rationnelle, contenant les éléments de mécanique exigés pour l'admission à l'École polytechnique et toute la partie théorique du cours de mécanique et machines de cette école. 3e édition. Paris, 1862, 1 vol. in-8, avec 127 figures dans le texte... 8 fr.

DELAUNAY. — Trattato elementario d'astronomia atto all' insegnamento della Cosmografia ; unica versione italiana autorizzata, diretta dall' autore. Paris, 1855, 1 vol. in-18, avec 389 figures.... 8 fr.

DELIOUX DE SAVIGNAC. — Principes de la doctrine et de la méthode en médecine. Introduction à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique. 1 vol. in-8. Paris, 1861. Prix................. 10 fr.

DEMARQUAY (M.). — Traité des tumeurs de l'orbite. Paris, 1860, 1 vol. in-8.. 7 fr.

DES ÉTANGS. — Du Suicide politique en France, depuis 1789 jusqu'à nos jours. Paris, 1860, 1 vol. in-8................... 7 fr. 50

DESHAYES (V.). — Atlas de conchyliologie, avec texte explicatif. Paris, 1858, atlas grand in-8 de 130 planches. Prix avec figures en noir.. 90 fr.
Le même, fig. coloriées.................................... 200 fr.

DEVAY (FRANCIS). — **Du danger des mariages entre consanguins sous le rapport sanitaire.** 2e édition. 1 vol. in-18. 2 fr. 50

DEVERGIE (A.). — Traité pratique des maladies de la peau, 2e édit. augmentée. Paris, 1857, 1 beau vol. in-8, avec planches gravées et coloriées représentant 30 types de maladies.................. 14 fr.

Dictionnaire général de médecine et de chirurgie vétérinaires et des sciences qui s'y rattachent, par MM. LECOQ, REY, TISSERANT et TABOURIN, professeurs à l'École impériale vétérinaire de Lyon. —Ouvrage adopté par les écoles vétérinaires de France. Paris, 1850, 1 fort volume grand in-8 à 2 colonnes............................... 15 fr.

OIDAY (F.). — De la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Paris, 1854, 1 vol. in-8................................ 7 fr.

DIEU (S.). — Traité de matière médicale et de thérapeutique précédé de Considérations générales sur la zoologie, et suivi de l'Histoire des eaux naturelles. Paris, 1847-1854, 4 vol. in-8............... 16 fr.

DINAN. — Constructions des formules de transport pour l'exécution des terrassements. Paris, 1859, 1 vol. in-8... 3 fr.

D'ORBIGNY (Alcide). — **Cours élémentaire de paléontologie et de géologie stratigraphiques**. Paris, 1852, 2 tomes publiés en 3 volumes, avec 1,046 gravures dans le texte et accompagnés d'un atlas de 17 tableaux; cartonné.................................. 15 fr.

D'ORBIGNY (Alcide). — **Prodrome de paléontologie stratigraphique universelle,** faisant suite au Cours élémentaire de paléontologie et de géologie stratigraphiques. 3 vol. gr. in-18 jésus...... 12 fr.

D'ORBIGNY (Alcide). — **Paléontologie française**. Description de tous les animaux mollusques et rayonnés fossiles de France, avec des figures de toutes les espèces, lithographiées d'après nature.

— TERRAIN CRÉTACÉ publié en 260 livraisons à 1 fr. 25, et comprenant : Céphalopodes, Gastéropodes, Lamellibranches, Brachiopodes, Bryozoaires, Échinoïdes irréguliers. Paris, 1840-1860, 6 vol. in-8 de texte et 1,018 planches en 6 atlas cartonnés......................... 325 fr.

— TERRAIN JURASSIQUE publié en 110 livraisons à 1 fr. 25 et comprenant : Céphalopodes, Gastéropodes. Paris, 1842-1860, 2 vol. in-8 de texte et 432 planches en 2 atlas cartonnés......................... 140 fr.

Cette publication est continuée jusqu'à son entier achèvement par une réunion de paléontologistes, sous la direction d'un comité spécial, composé de membres de la Société géologique de France.

Cette suite paraît par livraisons de douze planches avec le texte correspondant.

Prix de la livraison. . . . . 6 fr.

En vente, les livraisons I à III, suite du Terrain crétacé, et IV, 1re partie des polypiers.

DORVILLE. — Monographie de la pile électrique, ses dispositions actuelles, ses applications diverses et ses perfectionnements les plus récents. Paris, 1857, in-8................................... 1 fr. 25

DRION (Ch.) et **M. FERNET. — Traité de physique élémentaire,** suivi de problèmes. 2e édition. Paris, 1862, 1 vol. grand in-18, avec 673 figures dans le texte................................ 7 fr.

DU BREUIL (A.). — Instruction sur la conduite des arbres fruitiers. Greffe, — taille, — restauration des arbres mal taillés ou épuisés par la vieillesse, — culture, — récolte et conservation des fruits. 4e édition. Paris, 1861, 1 vol. grand in-18, avec 191 fig........ 2 fr. 50

DU BREUIL (A.). — Cours élémentaire théorique et pratique d'arboriculture, 5e édition. Paris, 1862, 1 vol. grand in-18, publié

en 2 parties, avec 5 vignettes gravées sur acier, environ 900 figures intercalées dans le texte et de nombreux tableaux.............. 12 fr.

DU BREUIL (A.). — Manuel d'arboriculture des Ingénieurs. Plantations d'alignement forestières et d'ornement, boisement des dunes, des talus, haies vives, des parcelles excédantes des chemins de fer. 1 vol. in-18 avec figures dans le texte...................... 3 fr. 50

EDWARDS (MILNE-). — **Cours élémentaire d'histoire naturelle,** Zoologie. 8e édition. Paris, 1858, 1 vol. in-18 avec 473 figures. 6 fr.

EDWARDS (MILNE-). — **Éléments de zoologie.** — ANIMAUX SANS VERTÈBRES. 2e édit. 1 vol. in-8, avec 422 fig. dans le texte.......... 4 fr. 50

EDWARDS (MILNE-). — **Introduction à la zoologie générale,** ou Considérations sur les tendances de la nature dans la constitution du règne animal. Première partie. 1 vol. grand in-18............. 2 fr. 25

EDWARDS (MILNE-). — **Notions préliminaires de zoologie.** 1 vol. grand in-18, avec 352 figures........................... 3 fr.

EDWARDS (MILNE-). — **Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux.**

L'ouvrage comprendra environ dix volumes grand in-8 du prix de 9 fr.

En vente : le tome premier, *Introduction*, *Sang et généralités sur la Respiration;* le tome deuxième, *Organes de la respiration;* les tomes troisième et quatrième, *Circulation du sang et Transsudation;* le tome cinquième, *Digestion et Absorption*, le tome sixième, *Appareil digestif*, le tome septième, 1re partie, *Digestion et sécrétion*...... 59 fr.

Le complément de l'ouvrage sera publié par demi-volumes de 6 mois en 6 mois.

ETTINGSHAUSEN (CONSTANTIN D') ET **ALOIS POKORNY. — Physiotypia plantarum austriacarum.** L'*Impression naturelle* appliquée à la représentation des plantes vasculaires et particulièrement à celle de leur nervation. 500 planches in-folio et 30 planches in-4. Imprimé aux frais de l'État par l'Imprimerie impériale et royale d'Autriche. Vienne, 1856, 5 vol. in-folio et 1 vol. in-4............................ 700 fr.

FIGUIER (L.). — Découvertes scientifiques modernes (Exposition et histoire des). 6e édition. Paris, 1862, 4 volumes grand in-18 avec figures.. 14 fr.

FOLLIN. — Traité élémentaire de pathologie externe. Paris, 1861, 3 vol. grand in-8 avec figures dans le texte.

En vente, le tome I. 800 pages, 80 figures.................... 10 fr.

FONTERET (A. L.). — Hygiène physique et morale de l'ou-

vrier dans les grandes villes en général, et dans la ville de Lyon en particulier. Paris, 1858, 1 vol. grand in-18 .... 3 fr.

FORGET (A. M.). — **Des anomalies dentaires** et de leur influence sur la production des maladies des os maxillaires. 1 vol. in-4, avec 6 planches .... 7 fr. 50

FORGET. — **Étude histologique** d'une tumeur fibreuse non décrite de la mâchoire inférieure. 1861, in-4 avec une planche .... 1 fr. 50

GAUTIER (A.). — **Introduction philosophique** à l'étude de la géologie. Paris, 1853, 1 vol. in-8 .... 5 fr. 50

GAVARRET. — **Physique médicale**. De la chaleur produite par les êtres vivants. Paris, 1855, 1 vol. gr. in-18, avec figures dans le texte. 6 fr.

GAVARRET. — **Traité d'électricité**. Paris, 1857-1858, 2 vol. in-18 avec 448 figures .... 16 fr.

GAVARRET. — **Télégraphie électrique**. 1 vol. in-18, avec 100 fig. dans le texte Paris, 1861 .... 7 fr.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.
Voyez page 30.

GENIEYS (Dr E.). — **Indicateur médical et topographique d'Amélie-les-Bains** (Pyrénées-Orientales). Paris, 1862, 1 vol. in-18 avec figures dans le texte .... 1 fr. 50

GEOFFROY-SAINT-HILARE (Isidore). — **Histoire naturelle générale des règnes organiques**, principalement étudiée chez l'homme et les animaux.

En vente : tomes I et II, et tome III, 1re partie .... 20 fr.
La deuxième partie du tome III sera publiée très-prochainement. Là s'arrêtera l'œuvre de M. Geoffroy-Saint-Hilaire frappé par la mort avant qu'il ait pu la compléter.

GEOFFROY-SAINT-HILAIRE (Is.). — **Lettres sur les substances alimentaires, et particulièrement sur la viande du cheval**. Paris, 1856, 1 vol. grand in-18 .... 1 fr.

GERHARDT (C.) et CHANCEL. — **Précis d'analyse chimique qualitative.** Ouvrage contenant : les opérations et les manipulations générales de l'analyse, la préparation et l'usage des réactifs, les caractères des acides et des bases. — Les essais au chalumeau. — La marche de l'analyse qualitative, la détermination des sels, l'analyse des mélanges gazeux, l'analyse immédiate des matières végétales et animales, la recherche des poisons, l'exposition de l'analyse spectrométrique. 2e édition. 1862. 1 vol. grand in-18, avec figures dans le texte .... 7 fr. 50

GERHARDT (C.) et CHANCEL. — **Précis d'analyse chimique**

quantitative, ouvrage contenant : la description des appareils et des opérations générales de l'analyse quantitative, les méthodes de dosage et de séparation des acides et des bases, l'analyse par les liqueurs titrées, l'analyse organique, l'analyse des gaz, l'analyse des eaux minérales, des cendres, des terres arables, l'exposition du calcul des analyses, à l'usage des Médecins, des Pharmaciens, des Aspirants aux grades universitaires et des Élèves de laboratoire de chimie. Paris, 1859, 1 vol. grand in-18 avec figures.. 7 fr. 50

GERMAIN DE SAINT-PIERRE (E.). — Guide du botaniste, ou Conseils pratiques sur les excursions botaniques ; sur la récolte, la préparation, le classement des plantes et la conservation des herbiers ; accompagné d'un *Traité élémentaire des propriétés et usages économiques des plantes* qui croissent spontanément en France et de celles qui y sont généralement cultivées, et suivi d'un *Dictionnaire des mots techniques* français et latins employés dans les ouvrages de botanique. 1 vol. grand in-18, publié en deux parties. Paris, 1851.............. 7 fr. 50

GERMAIN DE SAINT-PIERRE (E.). — Dictionnaire des mots techniques français et latins employés dans les ouvrages de botanique. 1 vol. grand in-18. Paris, 1851.............................. 4 fr. 50

GIRARD DE CAILLEUX. — Spécimen du budget d'un asile d'aliénés et possibilité de couvrir la subvention départementale au moyen d'un excédant équivalent de recette. Paris, 1855, 1 vol. in-4, cartonné avec tableaux.. 8 fr.

GIRARDIN. — Leçons élémentaires de chimie appliquée aux arts. 4e édition entièrement refondue. 2 vol. grand in-8, avec figures et échantillons dans le texte.......................... 30 fr.

Le 1er volume (*Chimie inorganique*) et le 2e volume (*Chimie organique*) sont vendus chacun séparément.............................. 15 fr.

GIRARDIN ET DU BREUIL. — Cours élémentaire d'agriculture. La deuxième édition est sous presse. Elle formera 2 vol. in-18, avec figures dans le texte.

GODARD. — Recherches tératologiques sur l'appareil séminal de l'homme. 1860, 1 vol. gr. in-8, avec 14 planches... 6 fr. 50

GOLDING (BIRD). — De l'urine et des dépôts urinaires, considérés sous le rapport de l'analyse chimique, de la physiologie, de la pathologie et des indications thérapeutiques. Traduit et annoté par le docteur O'Rorke. Paris, 1861, 1 vol. in-8, avec figures dans le texte. 8 fr.

GOUREAU (C.). — Les Insectes nuisibles aux arbres fruitiers, aux plantes potagères, aux céréales et aux plantes fourragères. 1 vol. in-8, Paris, 1862........................ 5 fr.

GRIMAUD DE CAUX ET MARTIN DE SAINT-ANGE. — Histoire de la génération de l'homme, précédée de l'étude comparative de cette fonction dans les divisions principales du règne animal. Paris, 1 vol. in-4, avec un magnifique atlas de 12 planches gravées en taille-douce.. 9 fr.

— *Le même*, avec planches coloriées............................ 18 fr.

GRISOLLE. — Traité élémentaire et pratique de pathologie interne. 8e édition, considérablement augmentée. Paris, 1862, 2 forts volumes compactes, gr. in-8.............................. ... 18 fr.

GUENEAU DE MUSSY (N.). — Traité de l'angine glanduleuse et observations sur l'action des Eaux-Bonnes dans cette affection, précédé de considérations sur les diathèses. Paris, 1857, 1 vol. in-8 avec 1 planche... 4 fr. 50

GUITARD. — Précis d'électrothérapie médico-chirurgicale. 1 vol. in-18... 3 fr. 50

HAY (D. R.). — La Beauté géométrique de la forme humaine, précédée d'un système de proportion esthétique applicable à l'architecture et aux autres arts plastiques ; édition française imprimée sous les yeux de l'auteur. Édimbourg, 1851, 1 vol. in-4 avec 16 planches gravées en taille-douce, et une figure dans le texte....................... 20 fr.

HÉDOUIN. — Des eaux de Saint-Sauveur et de leur influence curative dans les différentes formes de dyspepsie. Paris, 1858, 1 vol. in-8. 3 fr.

HEISER. — Traité de gymnastique raisonnée au point de vue orthopédique, hygiénique et médical, ou Cours d'exercices appropriés à l'éducation physique des deux sexes. Paris, 1854, 1 vol. in-8, avec 123 figures.. 6 fr.

HERPIN (de Metz). — Études médicales et statistiques sur les principales sources de France, d'Angleterre et d'Allemagne; avec des tableaux synoptiques et comparatifs d'analyses chimiques des eaux classées d'après les analogies de leur composition et de leurs effets thérapeutiques. Paris, 1856, 1 vol. grand in-18, avec tableaux............... 4 fr. 50

JACQUOT (F.). — Du typhus de l'armée d'Orient. Paris, 1858, 1 vol. in-8.. 7 fr.

JAMES (CONSTANTIN). — Guide pratique du médecin et du malade aux eaux minérales françaises et étrangères, suivi d'études sur les bains de mer et l'hydrothérapie et d'un traité de thérapeutique thermale. 5e édition, avec une carte itinéraire des eaux et des vignettes représentant les principaux établissements thermaux. Paris, 1861, 1 fort volume grand in-18 de 600 pages, broché.................................. 7 fr. 50

— *Le même*, cartonné... 9 fr.

JOIGNEAUX (P.). — La Chimie du cultivateur. Paris, 1850, 1 vol. grand in-18.. 1 fr.

JOIGNEAUX (P.). — Instructions agricoles. Paris, 1857, 1 vol. in-18.. 1 fr.

JOIGNEAUX (P.). — Conseils à la jeune fermière. Paris, 1861. 2e édition, 1 vol. grand in-18 avec figures dans le texte......... 1 fr.

JOIGNEAUX (P.). — L'Art de produire les bonnes graines. Paris, 1860. 1 vol. grand in-18 avec 57 figures.................. 2 fr.

JOIGNEAUX (P.). — Le Livre de la ferme et des maisons de campagne, publié sous la direction de M. P. Joigneaux, avec la collaboration des principaux agronomes. 1 vol. grand in-8 jésus, imprimé sur deux colonnes, avec figures intercalées dans le texte.

L'ouvrage sera publié en 12 fascicules d'environ 160 pages. Prix du fascicule.. 2 fr. 50

En vente les livraisons 1 à 4.

JOURDIER (A.). — Catéchisme d'agriculture de Masson-Four. 2e édition. Paris, 1857, 1 volume grand in-18, avec 96 figures intercalées dans le texte...................................... 1 fr.

Journal de pharmacie et de chimie.

Voyez les *Publications périodiques*, p. 31.

JUSSIEU (DE). — Cours élémentaire d'histoire naturelle. — Botanique. 8e édition, 1 vol. avec 812 fig. dans le texte. Paris, 1858. 6 fr.

KLÉE (Fréd.). — Le Déluge, considérations géologiques et historiques sur les derniers cataclysmes du globe. Paris, 1847, 1 vol. in-18. 3 fr.

KOELLIKER. — Éléments d'histologie humaine, traduction de MM. J. Béclard et M. Sée, revue par l'auteur. Paris, 1856, 1 vol. gr. in-8, avec 334 figures dans le texte................................ 16 fr.

KUHLMANN (Fréd.). — Expériences chimiques et agronomiques. Paris, 1847, 1 vol. in-8.. .... 3 fr. 50

KUHLMANN (Fréd.). — Silicatisation ou **Applications des silicates alcalins solubles** au durcissement des pierres poreuses, des ciments et des plâtrages, à la peinture, à l'impression, aux apprêts, etc. 3e édition, suivie de rapports du jury de l'Exposition universelle de 1855 et d'une commission spéciale. Paris, 1858, in-8............... 2 fr. 50

KUHLMANN (Fréd.). — Instruction pratique sur l'application des silicates alcalins solubles au durcissement des pierres, etc. Lille, 1859, in-8............................... 75 c.

LACAZE-DUTHIERS. — Histoire de l'organisation, du développement, des mœurs et des rapports zoologiques du dentale. Paris, 1858. 1 vol. in-4, accompagné de 11 planches gravées et de 3 planches en chromo-lithographie...................... 25 fr.

LANDRY (O.). — **Traité complet des paralysies**. Tome I, première partie, in-8 .... 4 fr. 50

LAPASSE (Vicomte de). — **Essai sur la conservation de la vie,** suivi d'un formulaire et d'observations cliniques. Paris, 1860, 1 vol. in-8 .... 7 fr. 50

LAPASSE (Vicomte de). — **Hygiène de longévité**, 1re série : guérison des migraines, maux d'estomac, maux de nerfs et vapeurs. Suite à l'Essai sur la Conservation de la vie. 1 vol. in-18. Paris, 1861... 2 fr.

LAURE (Jules). — **L'Eau d'Allevard et les stations d'hiver** au point de vue des maladies de poitrine. 2e édition. Paris, 1860, 1 vol. in-8 .... 2 fr. 50

LAURENT. — **Précis de cristallographie,** suivi d'une Méthode simple d'analyse au chalumeau. Paris, 1847, 1 vol. grand in-18, avec 175 figures dans le texte .... 1 fr. 25

LEFORT (J.). — **Chimie des couleurs** pour la peinture à l'eau et à l'huile, comprenant l'historique, les propriétés physiques et chimiques, la préparation, la falsification, l'action toxique et l'emploi des couleurs anciennes et nouvelles. Paris, 1855, 1 vol. gr. in-18 .... 4 fr.

LEFORT (J.). — **Traité de Chimie hydrologique,** comprenant des notions générales d'hydrologie, l'analyse qualitative et quantitative des eaux douces et des eaux minérales, un appendice concernant la préparation, la purification et l'essai des réactifs, et précédé d'un essai historique et de considérations sur l'analyse des eaux. 1 vol. grand in-8 avec fig. dans le texte .... 8 fr.

LEGENDRE (F. L.). — **Recherches anatomo-pathologiques et cliniques** sur quelques maladies de l'enfance. Paris, 1846, in-8. 6 fr.

LEHMANN. — **Précis de chimie physiologique animale,** traduction du professeur Drion. Paris, 1855, 1 vol. in-18, avec 26 figures dans le texte .... 4 fr. 50

LE MAOUT (E.). — **Leçons élémentaires de botanique** fondées sur l'analyse de 50 plantes vulgaires et formant un traité complet d'organographie et de physiologie végétales. Deuxième édition. Paris, 1857, 1 vol. grand in-8, avec l'atlas des 50 plantes vulgaires et plus de 700 fig. dessinées par J. Decaisne. Prix, avec l'atlas colorié .... 16 fr.
Le même, avec atlas en noir .... 10 fr.

LENOIR (A.). — **Atlas complémentaire de tous les traités de l'art des accouchements,** contenant 120 planches dessinées d'après nature, et lithographiées par M. E. Beau, avec texte. Ces planches représentent le bassin et les organes génitaux de la femme adulte, le développement de l'œuf humain, les diverses présentations et positions du fœtus, les opérations obstétricales, etc. 1 beau volume grand in-8 jésus, cartonné .... 60 fr.

L'ouvrage sera publié en 4 fascicules.

En vente : le premier fascicule, contenant 31 planches......... 15 fr.

Le deuxième fascicule, contenant · planches................ 15 fr.

LEYMERIE (A.). — Cours de minéralogie (histoire naturelle), par A. Leymerie, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse. Paris, 1857, 1 vol. in-8, publié en deux parties et accompagné de nombreuses figures.. 12 fr.

LEYMERIE (A.). — Éléments de minéralogie et de géologie. Ouvrage destiné aux établissements d'instruction secondaire (baccalauréat ès sciences) et aux gens du monde. 1 vol. in-12 avec fig. Paris, 1861. 6 fr.

LIEBIG (J.). — Traité de chimie organique; édit. française, revue et considérablement augmentée par l'auteur, et publiée par Ch. Gerhardt, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Strasbourg. Paris, 1841-1844, 3 vol. in-8.. 25 fr.

L'IMITATION DE JÉSUS-CHRIST, suivie de la traduction en vers par P. Corneille. 1 volume grand in-folio de 872 pages. Imprimerie impériale, 1855 (Exposition universelle).

Prix de l'exemplaire.. 4,000 fr.

Prix d'une reliure en maroquin plein exactement semblable à celle faite pour S. M. l'Empereur.. 1,000 fr.

L'*Imitation de Jésus-Christ* n'a été tirée qu'à *cent trois* exemplaires et *deux* exemplaires de passe. — Chaque exemplaire est numéroté.

L'Empereur a disposé des exemplaires numérotés de 1 à 73.

Nous nous sommes rendu acquéreur du reste des exemplaires numérotés de 74 à 103.

LODIEU (J. de Plouvain). — Vaches laitières. Étude complète des caractères à l'aide desquels on peut reconnaître facilement une bonne laitière. Paris, 1856, 1 vol. grand in-18, avec une vignette dessinée par mademoiselle Rosa Bonheur.. 2 fr.

LONGET. — Traité de physiologie. Deuxième édition, Paris, 1859-1861; 2 vol. grand in-8 compactes, avec planches en taille-douce et figures dans le texte.. 30 fr.

MACKENZIE (W.). — Traité pratique des maladies de l'œil, traduit sur la quatrième édition et augmenté d'annotations, par MM. les docteurs Warlomont et Testelin. Paris, 1857, 2 volumes grand in-8 compactes de 1830 pages, avec 257 figures.............................. 30 fr.

MARIÉ-DAVY. — Recherches théoriques et expérimentales sur l'électricité considérée au point de vue mécanique. 1 broch. in-8 de 96 pages.. 3 fr.

MARSHALL-HALL. — Aperçu du système spinal diastalti-

que, ou Système des actions reflexes dans ses applications à la physiologie et à la pathologie. Paris, 1855, 1 vol. grand in-18, avec figures et tableaux.. 3 fr. 50

MARTINS. — Nouvelle Comparaison des membres pelviens et thoraciques chez l'homme et les mammifères, déduite de la torsion de l'humérus. In-4° de 70 pages et 3 planches........................ 4 fr.

— **Du froid thermométrique** et de ses relations avec le froid physiologique dans les plaines et sur les montagnes. In-4°, avec planches... 4 fr.

MATTEUCCI. — Leçons sur les phénomènes physiques des corps vivants. Paris, 1847, 1 vol. gr. in-18, avec 18 fig..... 3 fr. 50

MAUMENÉ (E. J.). — Indications théoriques et pratiques sur le travail des vins, et en particulier des vins mousseux. Paris, 1858, 1 vol. grand in-8, avec 100 figures dans le texte........................ 12 fr.

MIALHE. — Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique. Paris, 1856, 1 vol. in-8............................ 9 fr.

MIGNOT (A.). — Traité de quelques maladies pendant le premier âge. Paris, 1859, 1 vol. in-8........................ 5 fr.

MOLESCHOTT. — De l'alimentation et du régime. Traité populaire. Traduction faite sous les yeux de l'auteur et avec son concours, par M. Ferdinand Flocon. Paris, 1858, 1 vol. grand in-18........ 3 fr.

MOREAU (de Tours). — **La Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire.** Paris, 1859. 1 vol. in-8 avec une planche.. 8 fr.

MOREL (A.). — Traité des maladies mentales. Paris, 1860, 1 vol. grand in-8 compacte.. 13 fr.

MOREL (A.). — Le Non-Restraint, ou De l'abolition des moyens coercitifs dans le traitement de la folie, suivi de considérations sur les causes de la progression dans le nombre des aliénés admis dans les asiles. Paris, 1860, 1 vol. in-8..................................... 2 fr. 50

MOURE (A.) et MARTIN. — Vade-mecum du médecin praticien, précis de thérapeutique spéciale, de pharmaceutique, de pharmacologie. Paris, 1845, 1 beau vol. grand in-18, compacte........ 3 fr. 50
— *Le même*, demi-reliure.. 4 fr. 50

MOYNIER. — Des morts subites chez les femmes enceintes ou récemment accouchées. Paris, 1858, 1 vol. in-8....... 3 fr. 50

NIEPCE de SAINT-VICTOR. — Traité pratique de gravure héliographique sur acier et sur verre, avec un portrait de l'auteur gravé par ses procédés. Paris, 1856, petit in-4.................. 5 fr.

NOIROT (L.). — Annuaire de littérature médicale étrangère, 1857-1861. Résumé des travaux de médecine pratique les plus remarquables publiés à l'étranger; traduits de l'anglais, de l'allemand, du hollandais, de l'italien et de l'espagnol. 5 années. Paris, 1857-1861. 5 vol. in-18.. 17 fr. 50
Chaque année séparément.................................. 3 fr. 50

NOIROT. — Formules favorites des praticiens américains vivants les plus distingués, recueillies et publiées par le docteur Horace Green. Paris, 1860, 1 vol. in-16........................ 1 fr. 50

NORMANDY (A.). — Tableaux d'analyse chimique, ouvrage présentant toutes les opérations de l'analyse qualitative, accompagné de nombreuses observations pratiques. Paris, 1858, 1 vol. in-4 avec figures, relié en toile... 25 fr.

PARCHAPPE (MAX.). — Du cœur, de sa structure et de ses mouvements, ou Traité anatomique, physiologique et pathologique des mouvements du cœur de l'homme; contenant des recherches anatomiques et physiologiques sur le cœur des animaux vertébrés. Paris, 1848, 1 vol. in-8 avec un atlas de 10 planches in-4......................... 12 fr.

PARCHAPPE (MAX.). — Des principes à suivre dans la fondation et dans la construction des asiles d'aliénés. Paris. 1853, 1 vol. grand in-8, avec 20 plans des principaux asiles d'aliénés en France et à l'étranger...................................... 20 fr.

PARCHAPPE (MAX.). — Du siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme. 1re partie : *Preuve pathologique.* Paris, 1856, in-8.................................. 2 fr. 50

PARISEL (L. V.). — L'Année pharmaceutique, ou Revue des travaux les plus importants en pharmacie, chimie, histoire naturelle médicale qui ont paru en 1860. 1 vol. grand in-8.................... 3 fr.
Deuxième année, 1861. 1 vol. grand in-8...................... 3 fr.

PAUL D'ÉGINE (Chirurgie de), texte grec, restitué et collationné sur tous les manuscrits de la Bibliothèque impériale, accompagné de variantes de ces manuscrits et de celles des deux éditions de Venise et de Bâle, ainsi que de notes philologiques et médicales, avec traduction française en regard, précédé d'une introduction par le docteur *René Briau.* Paris, 1855, 1 vol. grand in-8... 9 fr.

PAYER (J.). — Éléments de botanique. Paris, 1857, première partie, *Organographie.* 1 volume grand in-18 avec 600 figures intercalées dans le texte.. 5 fr.
L'ouvrage sera continué.

PAYER (J.). — Botanique cryptogamique, ou Histoire des familles

naturelles des plantes inférieures. Paris, 1850, 1 vol. grand in-8, avec 1,105 figures représentant les principaux caractères des genres... 15 fr.

PAYER (J.). — Traité d'organogénie comparée de la fleur. Paris, 1857, 1 vol. grand in-8, avec un atlas de 154 planches gravées en taille-douce. 2 volumes, demi-reliure maroquin, les planches montées sur onglets.. 160 fr.

PECLET (E.). — Traité de la chaleur considérée dans ses applications. 3e édition, entièrement refondue et accompagnée de 650 figures dans le texte. Paris, 1860-1861. 3 vol. grand in-8........ 42 fr.

Le tome III, qui contient tout ce qui a rapport au chauffage et à la ventilation des édifices publics et des maisons particulières, est vendu séparément. 12 fr.

PELOUZE et FREMY. — Abrégé de chimie. Quatrième édition, conforme aux nouveaux programmes de l'enseignement scientifique des lycées. Paris, 1859, 3 vol. grand in-18, avec 174 figures intercalées dans le texte... 5 fr.

On peut avoir séparément:

1re partie. Généralités. — Corps simples non métalliques. Classe de troisième (sciences). 1 vol. avec 96 figures........................ 2 fr.

2e partie. Métaux et métallurgie. Classe de seconde (sciences). 1 vol. avec 46 figures... 2 fr.

3e partie. Chimie organique. Classe de rhétorique (sciences). 1 vol. avec 32 figures... 2 fr.

PELOUZE et FREMY. — Traité de chimie générale, analytique, industrielle et agricole. 3e édition, entièrement refondue, avec nombreuses figures dans le texte. Cette troisième édition comprendra six volumes grand in-8 compactes. Les tomes I à III seront consacrés à la *Chimie inorganique*, et les tomes IV à VI à la *Chimie organique*.

Les deux parties seront publiées simultanément.

En vente, le tome Ier, comprenant les *Métalloïdes*, 1080 pages, avec 478 figures... 15 fr.

Le tome II (*Métaux*), 1re partie, pages 1 à 428..................... 10 fr.

Le tome IV (premier volume de la *Chimie organique*), in-8 de 1000 pages... 15 fr.

Les autres tomes paraîtront successivement, chacun en deux parties.

PELOUZE et FREMY. — Notions générales de chimie. Paris, 1853. Un beau volume imprimé avec luxe, accompagné d'un Atlas de 24 planches en couleur, cartonné............................ 10 fr.

— *Le même ouvrage*, édition classique, avec 24 planches en noir... 5 fr.

PERSOZ. — Traité théorique et pratique de l'impression des tissus. Paris, 1846, 4 beaux vol. in-8, avec 165 figures et 429 échantillons d'étoffes, intercalés dans le texte, et accompagnés d'un atlas de 10 planches in-4 gravées en taille-douce, dont 4 sont coloriées. Ouvrage auquel la Société d'encouragement a accordé une médaille de 3,000 fr.. 70 fr.

PERSOZ (J.). — Nouveau Procédé de culture de la vigne. Paris, 1849, brochure grand in-8, avec deux planches in-4 gravées en taille-douce par WORMSER.................................... 1 fr. 50

PETREQUIN (J. E.). — Traité d'anatomie topographique médico-chirurgicale, considérée spécialement dans ses applications à la pathologie, à la médecine légale, à l'art obstétrical et à la chirurgie opératoire. 2e édition. Paris, 1857, 1 vol. grand in-8.................. 9 fr.

PIETRA SANTA (P. DE). — Mazas. Études sur l'emprisonnement cellulaire et la folie pénitentiaire. 3e édition, Paris, 1858.......... 3 fr.

QUATREFAGES (A. DE). — Souvenirs d'un naturaliste. Paris, 1854, 2 vol. in-18.. 4 fr.

QUATREFAGES (A. DE). — Études sur les maladies actuelles du ver à soie. Paris, 1859. 1 vol. in-4, avec 6 planches imprimées en couleur et retouchées au pinceau.......................... 16 fr.

— **Nouvelles Recherches faites en 1859** sur les maladies actuelles du ver à soie. Paris, 1860. 1 vol. in-4....................... 3 fr. 50

RAIMBERT (L. A.). — Traité des maladies charbonneuses. Paris, 1859, 1 vol. in-8, avec 2 planches........................ 6 fr.

REGNAULT. — Cours élémentaire de chimie. 5e édition. Paris, 1859-60, 4 vol. grand in-18, avec 2 pl. en taille-douce et 700 figures dans le texte.. 20 fr.

REGNAULT. — Premiers Éléments de chimie. 4e édition. Paris, 1861, 1 vol. grand in-18, avec 142 figures dans le texte.......... 5 fr.

RENDU (VICTOR). — Ampélographie française, comprenant la statistique, la description des meilleurs cépages, l'analyse chimique du sol et les procédés de culture et de vinification des principaux vignobles de la France. Ouvrage publié sous les auspices de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics. Paris, 1857, 1 vol. de texte in-folio et un atlas de 70 planches magnifiquement coloriées... 150 fr.

— *Le même ouvrage*, 2e tirage. Paris, 1857, 1 beau vol. grand in-8, avec une carte.. 6 fr.

RESBECQ (DE FONTAINE DE). — Guide administratif et scolaire dans les Facultés de médecine, les Écoles supérieures de pharmacie et les Écoles préparatoires du même ordre. Agrégation, professorat, études, grades de docteur en médecine, d'officier de santé, de pharmacien, de

sage-femme et d'herboriste ; suivi d'une analyse chronologique des lois, statuts, décrets, règlements et circulaires relatifs à l'enseignement de la médecine et de la pharmacie de 1791 à 1860. Paris, 1860, 1 vol. in-18. 3 fr.

ROBINEAU. — Histoire naturelle des Diptères des environs de Paris. Ouvrage posthume publié par M. Monceaux. 2 vol. in-8. 30 fr.

RODIGAS (F.). — Manuel de culture maraîchère. 2e édition. Ouvrage couronné par le gouvernement belge. Paris, 1857, 1 vol. grand in-18, avec 54 figures et un plan de jardin maraîcher........... 1 fr.

ROQUES (Joseph). — Histoire des champignons comestibles et vénéneux. 2e édition, revue et considérablement augmentée. Paris, 1841, 1 vol. in-8, avec un atlas grand in-4 de 24 planches, représentant dans leurs dimensions et leurs couleurs naturelles 100 espèces ou variétés de champignons.. 16 fr.

ROSE (H.). — Traité complet de chimie analytique ; édition française originale.

L'ouvrage sera divisé en deux parties : chacune sera vendue séparément.

En vente :

Analyse qualitative. Paris, 1859-1860. 1 vol. grand in-8 compacte, avec figures.. 12 fr.

Analyse quantitative ; première partie. Paris, 1860, 1 vol. grand in-8 avec figures.. 6 fr.

ROTUREAU (A.). — Des principales eaux minérales de l'Europe.

— ALLEMAGNE ET HONGRIE. Paris, 1858, 1 vol. in-8.......... 7 fr. 50

— FRANCE ; ouvrage suivi de la législation sur les Eaux minérales. Paris, 1859, 1 vol. in-8.. 10 fr.

ROUSSEL. — Système physique et moral de la femme, nouvelle édition, contenant une notice biographique sur Roussel et des notes, par le docteur Cerise. Paris, 1860, 1 vol. grand in-18.............. 3 fr.

SACC. — Essai sur la garance. 1 brochure gr. in-8...... 3 fr. 50

SAPPEY (C.). — Recherches anatomiques, physiologiques et historiques sur l'appareil respiratoire des oiseaux. Paris, 1847, grand in-4 avec planches................................ 9 fr.

SAUSSURE (H. de). — Études sur la famille des Vespides. 3 vol. et atlas divisés comme suit :

Monographie des guêpes solitaires, ou de la tribu des Euméniens. Paris, 1852, 1 vol. grand in-8, avec atlas colorié de 22 planches........ 36 fr.

MONOGRAPHIE DES GUÊPES SOCIALES. Paris, 1860, 1 vol. grand in-8, avec atlas colorié de 39 planches.. 66 fr.

MONOGRAPHIE DES MASARIENS. Paris, 1856, 1 vol. grand in-8 avec atlas colorié de 16 planches.. 42 fr.

— **Mémoires pour servir à l'histoire naturelle du Mexique, des Antilles et des États-Unis.**

1re livraison. CRUSTACÉS. 1858, in-4, avec 6 planches............ .. 9 fr.

2e livraison. MYRIAPODES. 1860, in-4, avec 7 pl., dont 1 coloriée..... 16 fr.

SCANZONI. — **Précis théorique et pratique de l'art des accouchements**, traduit par le docteur P. PICARD. 1 vol. grand in-18, avec 111 figures dans le texte.................................. 5 fr.

SCHREBER. — **Système de gymnastique de chambre, médicale et hygiénique,** ou Représentation et description de mouvements gymnastiques n'exigeant aucun appareil ni aide. Paris, 1855, in-8 avec 45 figures.. 2 fr. 50

SCRIVE. — **Relation médico-chirurgicale de la campagne d'Orient,** de 1854 à 1856. Paris, 1857, 1 vol. in-8.......... 7 fr. 50

SÉDILLOT. — **Traité de médecine opératoire, bandages et appareils.** 2e édition augmentée. Paris, 1855, 2 volumes grand in-18, publiés en 4 parties, avec 604 figures dans le texte.............. 16 fr.

SÉDILLOT. — **De l'évidement des os.** Paris, 1860, 1 vol. in-8, avec 2 planches coloriées.. 5 fr.

SEGOND (L. A.). — **Traité d'anatomie générale,** théorie de la structure, embrassant les substances organiques et les éléments, les tissus, les membranes et les parenchymes. Paris, 1854, in-8............ 7 fr.

SERINGE (N. C.).—**Description, culture et taille des mûriers,** leurs espèces et leurs variétés. Paris, 1855, 1 vol. grand in-8 avec figures dans le texte, accompagné d'un atlas in-4 de 27 planches........ 9 fr.

SILBERT (d'Aix). — **Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel,** comprenant son histoire, ses indications, l'époque à laquelle on doit le pratiquer, et le meilleur moyen de le déterminer. Paris, 1855, 1 vol. in-8.................................... 2 fr. 75

SILBERT (d'Aix). — **De la saignée dans la grossesse.** Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine. Paris, 1857, 1 vol. in-8... 4 fr. 50

Société d'anthropologie (Mémoires de la), publiés dans le format grand in-8. Président de la Société, M. Geoffroy-Saint-Hilaire. Prix de chaque volume avec planches................................ 12 fr.
— *Franco* par la poste.. 13 fr.

Le volume est donné aux souscripteurs en quatre fascicules qui paraissent à des intervalles indéterminés. Le prix de chaque volume est payable en retirant le premier fascicule.

Bulletin de la Société. Voir aux *Publications périodiques*, page 30.

Société de chirurgie de Paris (Mémoires de la), publiés dans le format in-4. Prix de chaque vol. avec planches................. 20 fr.
— *Franco* par la poste.. 23 fr.

Les tomes I à V sont en vente. Le tome VI est en cours de publication.

Le volume est fourni aux souscripteurs en cinq ou six fascicules qui paraissent à des intervalles indéterminés. Le prix de chaque volume est payable en retirant le premier fascicule.

Bulletin de la Société. Voyez aux *Publications périodiques*, page 30.

SOUBEIRAN. — **Traité de pharmacie théorique et pratique.** 5e édit., entièrement refondue. Paris, 1857, 2 forts vol. in-8, avec figures dans le texte.. 17 fr.

SOUBEIRAN. — **Précis élémentaire de physique,** 2e édit., augmentée. Paris, 1844, 1 vol. in-8, avec 13 planches in-4........... 5 fr.

TABOURIN (F.). — **Nouveau Traité de matière médicale, de thérapeutique et de pharmacie vétérinaires,** suivi : 1o d'un formulaire raisonné, magistral et officinal ; 2o d'une pharmacie légale, ou analyse des dispositions législatives concernant l'exercice de la pharmacie vétérinaire; 3o d'un tableau du prix approximatif des médicaments à Paris, Lyon et Toulouse. Paris, 1853, 1 vol. grand in-8 compacte, avec 82 figures.. 10 fr.

THIBIERGE (A.) ET REMILLY. — **De l'amidon du marron d'Inde** et des fécules amylacées d'autres substances végétales non alimentaires aux points de vue économique, chimique, agricole et technique. 2e édition. Paris, 1857, 1 vol. in-18, avec planches gravées. 1 fr.

TISSOT. — **La Vie dans l'homme ;** ses manifestations diverses, leurs rapports, leurs conditions organiques. Paris, 1861, 1 vol. in-8... 7 fr. 50

TISSOT. — **La Vie dans l'homme** ; existence, fonction, nature, condition présente, forme, origine et destinée future du principe de la vie ; esquisse historique de l'animisme, pour faire suite à l'ouvrage précédent. Paris, 1861, 1 vol. in-8.. 7 fr. 50

TRACY (VICTOR DE). — **Lettres sur la vie rurale.** 2e édition, 1 vol. in-18. Paris, 1861.. 1 fr.

Traité de botanique comprenant : 1o l'anatomie et la physiologie vé-

gétales ; 2° la classification des végétaux selon la méthode de Jussieu ; 3° l'herborisation, avec l'indication des plantes médicinales les plus usuelles, de leurs différentes propriétés et de leur emploi particulier. 2e édition. Paris, 1853, 1 vol. in-18 avec 27 pl. et 3 tableaux..... 3 fr.

UNGER (F.). — Le Monde primitif à ses différentes époques de formation. Seize gravures avec texte explicatif. 2e édition revue et augmentée de deux gravures. Leipzig et Paris, 1860, gr. in-plano.... 86 fr.

VARENNES (J. P. DE). — Veillées (les) de la ferme du Tourne-Bride, ou Entretiens sur l'agriculture, l'exploitation des produits agricoles et l'arboriculture. Paris, 1861, 1 vol. in-12, cartonné, avec figures dans le texte.. 1 fr. 05

VELPEAU. — Traité des maladies du sein et de la région mammaire. 2e édition. Paris, 1858, 1 vol. in-8, avec figures dans le texte et 8 planches gravées.................................... 12 fr.

VERDEIL. — De l'industrie moderne, par M. VERDEIL, membre du jury international de l'Exposition universelle de 1855. Paris, 1861, 1 vol. in-8.. 7 fr. 50

VERDO. — Précis sur les eaux minérales des Pyrénées et de toute la région qui se trouve comprise entre l'océan Atlantique et les rives de la Garonne. 2e édition. Paris, 1855, 1 vol. grand in-18 avec une carte.. 3 fr. 50

VIDAL (DE CASSIS). — Traité des maladies vénériennes. 3e édition, revue et augmentée ; ouvrage couronné par l'Institut de France et qui a obtenu le prix Itard de 3,700 fr. Paris, 1859, 1 vol. in-8, avec planches gravées en taille-douce et coloriées.............................. 10 fr.

VILLE (GEORGES). — Recherches expérimentales sur la végétation. Paris, 1854, 1 vol. gr. in-4 cartonné, avec figures dans le texte et 2 planches gravées en taille-douce par WORMSER................ 25 fr.

VILLE (GEORGES). — Recherches expérimentales sur la végétation. Paris, 1857, 1 vol. grand in-8 avec planches photographiées. 7 fr. 50

WALPERS (G. G.). — Repertorium botanices systematicæ. Lipsiæ, 1842-1848, 6 volumes in-8 .... 140 fr.

WALPERS (G. G.). — Annales botanices systematicæ. Lipsiæ, 1848-1858, in-8. Tomes I à V................................ 150 fr.

WATSON (L.). — Leçons sur les principes et la pratique de la médecine, faites au *King's College* de Londres. Traduction faite sur la 4e édition, par le docteur OLLIFFE. 2 vol. grand in-8. *Sous presse.*

WEBB (P. B.). — Otia hispanica, seu Delectus plantarum rariorum aut nondum rite notarum per Hispanias sponte nascentium. Paris, 1853, 1 vol. petit in-folio, avec 45 planches gravées en taille-douce..... 30 fr.

WECKHERLIN (A. DE). — Zootechnie générale, Reproduction, amélioration, élevage des animaux domestiques. Traduit de l'allemand par M. VERHEYEN. Paris, 1857, 1 vol. grand in-18............... 2 fr.

ZIMMERMANN. — La Solitude. Traduction nouvelle par X. MARMIER. Paris, 1855, 1 vol. grand in-18................................ 3 fr.

---

† PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

(Voir, à la fin du Catalogue, les conditions d'abonnements pour l'étranger.)

Annales de chimie, par MM. GUYTON DE MORVEAU, LAVOISIER, MONGE, BERTHOLLET, FOURCROY, etc. Paris, 1789 à 1815 inclusivement, 96 volumes in-8, figures, et 3 vol. de tables.

Les collections complètes de cette première série sont excessivement rares.

Annales de chimie et de physique, IIe série; par MM. GAY-LUSSAC et ARAGO. Paris, 1816 à 1840, 25 années, formant avec les tables 78 vol. in-8, accompagnés d'un grand nombre de planches gravées..... 350 fr.

— Table générale raisonnée des matières comprises dans les tomes I à LXXV (1816 à 1840). 3 vol. in-8 pris séparément...................... 20 fr.

Annales de chimie et de physique, IIIe série, commencée en 1841, rédigée par MM. CHEVREUL, DUMAS, PELOUZE, BOUSSINGAULT, REGNAULT et DE SÉNARMONT, avec une revue des travaux de chimie et de physique publiés à l'étranger par MM. WURTZ et VERDET.

Il paraît chaque année 12 cahiers qui forment 3 volumes et sont accompagnés de planches en taille-douce et de figures intercalées dans le texte. L'année 1861 correspond aux tomes LX à LXIII de la IIIe série.

Prix de l'année. { Pour Paris.. 30 fr.
Pour les départements (*par la poste*)................ 34 fr.

— Table générale raisonnée des matières contenues dans les tomes I à XXX de la IIIe série. Paris, 1851, 1 vol. in-8......................... 5 fr.
En préparation la table des vol. XXXI à LX.

Annales des sciences naturelles. Ire série, 1824 à 1833 inclusivement, publiée par MM. AUDOUIN, AD. BRONGNIART et DUMAS. 30 vol. in-8, 600 planches environ....................................... 300 fr.
Toutes les années séparément (*moins* 1830)..................... 30 fr.

— Table générale des matières des 30 vol. qui composent cette série. Paris, 1841, 1 vol. in-8 .... 8 fr.

Annales des sciences naturelles, comprenant la zoologie, la botanique, l'anatomie et la physiologie comparées des deux règnes et l'histoire des corps organisés fossiles.

— IIe SÉRIE (1834 à 1843), rédigée, pour la zoologie, par MM. AUDOUIN et MILNE-EDWARDS; pour la botanique, par MM. AD. BRONGNIART, GUILLEMIN et DECAISNE.

— IIIe SÉRIE (1844 à 1853), rédigée, pour la zoologie, par M. MILNE-EDWARDS; et pour la botanique, par MM. AD. BRONGNIART et DECAISNE.

La IIe et la IIIe série forment deux parties avec une pagination distincte, et comprennent chacune, avec les tables générales des matières et celles des auteurs, 40 volumes, format in-8 sur raisin, accompagnés d'environ 700 planches gravées en taille-douce et souvent coloriées.

Prix des 40 volumes composant chaque série, cartonnés......... 380 fr.
Chaque année séparément, 4 volumes cartonnés............... 38 fr.

On peut avoir séparément, pour chaque série :

LA ZOOLOGIE, 20 vol. avec la table. 250 fr.
Chaque année à part......... 25 fr.

LA BOTANIQUE, 20 vol. avec la table.. 250 fr.
Chaque année à part............ 25 fr.

Annales des sciences naturelles, IVe SÉRIE, commençant le 1er janvier 1854, comprenant la zoologie, la botanique, l'anatomie et la physiologie comparées des deux règnes et l'histoire des corps organisés fossiles, rédigées, pour la zoologie, par M. MILNE-EDWARDS; pour la botanique, par MM. AD. BRONGNIART et DECAISNE.

L'abonnement annuel aux *Annales* comprend 4 vol. in-8 de 24 feuilles accompagnées de 70 planches environ.

Le recueil est divisé en deux parties consacrées, l'une aux sciences zoologiques, l'autre aux sciences botaniques.

Chacune de ces parties, dont l'étendue pourra varier chaque année suivant l'abondance respective de matieres à une pagination distincte.

		Pour Paris,	les départements.
Prix :	Pour les souscripteurs annuels soit 4 vol..	38 fr.	40 fr.
	A l'une des parties séparém. soit 2 vol..	25	27

La collection complète, 1824 à 1861 inclusivement, 149 volumes y compris les tables .... 1,312 fr.

Annales d'oculistique fondées par le docteur CUNIER, continuées par les docteurs FALLOT, ROSCH, HAIRION, VAN ROOSBRŒCK et WARLOMONT.

Ces *Annales*, publiées à Bruxelles, paraissent par livraisons mensuelles formant chaque année 2 vol. in-8 d'environ 300 pages.

L'abonnement part du 1er janvier. — Prix pour la France....... 16 fr.

Annales médico-psychologiques, journal de l'Anatomie, de la Physiologie et de la Pathologie du système nerveux, destiné particulièrement à recueillir tous les documents relatifs à la science des rapports du physique et du moral, à l'aliénation mentale, et à la médecine légale des aliénés; publiées par MM. les docteurs BAILLARGER, médecin des aliénés à l'hospice de la Salpêtrière, CERISE et LONGET.

— Ire SÉRIE, de 1843 à 1848, 12 volumes in-8, avec planches..... 90 fr.
Chaque année prise séparément.................................... 20 fr.

— IIe SÉRIE, 1849 à 1854, par BAILLARGER, BRIÈRE DE BOISMONT et CERISE. 6 vol. in-8.. 72 fr.

— IIIe SÉRIE, commençant en 1855, journal destiné à recueillir tous les documents relatifs à l'aliénation mentale, aux névroses, et à la médecine légale des aliénés, par MM. BAILLARGER, MOREAU (de Tours) et CERISE.

Cette série paraît par cahiers trimestriels qui forment, à la fin de l'année, nn volume in-8 de 700 pages.

Des planches sont ajoutées lorsqu'elles sont nécessaires.

Prix de l'année :	Pour Paris....................................	12 fr.
	Pour les départements (*par la poste*).............	14 fr.

La collection complète, 1843 à 1860 inclusivement, 24 vol. in-8. 234 fr.

Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses, ou Choix d'observations pour servir à l'histoire de ces maladies, recueil mensuel publié par M. BAILLARGER.

Les *Archives cliniques* paraissent une fois par mois.

Chaque année forme un volume in-8 d'environ 600 pages.

Prix de l'abonnement :

Paris......... 12 fr. | Départements... 14 fr. | Étranger...... 16 fr.

Prix pour les abonnés aux *Annales médico-psychologiques :*

Paris.......... 8 fr. | Départements.... 10 fr. | Étranger...... 12 fr.

Bulletin mensuel de la Société impériale zoologique d'Acclimatation, fondée le 10 février 1854.

Il paraît chaque année 12 cahiers formant un volume grand in-8 de 700 pages.

Le tome VIII correspond à l'année 1861. Le bulletin est envoyé sans rétribution à tous les membres de la Société à partir du commencement de l'année où ils sont reçus.

Prix de l'abonnement pour les personnes qui ne font pas partie de la Société :

Paris.............. 12 fr. | Départements....... 14 fr.

Bulletin de la Société anatomique de Paris. — Anatomie normale. — Anatomie pathologique. — Clinique. 31e année, IIe série commençant en 1856.

Ces bulletins sont publiés par cahiers bimensuels et forment chaque année un volume in-8 d'environ 500 pages.

Prix de l'abonnement annuel : { Paris .... 7 fr. / Départements........ 8 fr. }

Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris ; comprenant les procès-verbaux des séances, des notices, rapports, etc.

Il paraît chaque année 4 fascicules formant un volume in-8.

Tome I, 1860 .... 7 fr.

Les départements.. 8 fr.

Bulletin de la Société de chirurgie de Paris.

Il est publié chaque année 1 vol. in-8.
La première série comprend 10 volumes.
IIe série en vente. Tomes I et II, chacun........................ 7 fr.
Le tome III correspondra à l'année 1862.

Paris....................... 7 fr. | Départements............... 8 fr.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, bulletin de l'enseignement médical, publié sous les auspices du ministère de l'instruction publique, organe de la Société médicale allemande, de la Société de médecine du département de la Seine et de la Société anatomique. Rédacteur en chef : le docteur A. Dechambre.

La Gazette hebdomadaire, publiée dans le format in-4, paraît, depuis le 7 octobre 1853, le vendredi de chaque semaine. Elle contient régulièrement, par numéro, 32 colonnes. Au bout de l'année, elle forme un beau tome, de plus de 950 pages, avec figures.

Prix de l'abonnement : Paris et départements,

Un an, 24 francs. — Six mois, 13 francs. — Trois mois, 7 francs.

L'année 1862 correspond au tome IX.

Prix de chaque volume, comprenant les 52 numéros de l'année, avec titre et table alphabétique, broché, 25 fr.; avec une demi-reliure maroquin, 30 fr.

Journal de médecine mentale, résumant au point de vue médico-psychologique, hygiénique et légal toutes les questions relatives à la folie, aux névroses, et aux défectuosités intellectuelles et morales, avec le concours des principaux aliénistes; par M. le docteur Delasiauve.

Le *Journal de médecine mentale* paraît mensuellement depuis 1865. Il forme chaque année 1 volume in-8.

Prix pour la France, 5 fr.; pour l'étranger, 6 fr.

Journal de pharmacie et de chimie, par MM. Boullay, Bussy, Henry, F. Boudet, Cap, Boutron-Charlard, Fremy, Guibourt, Buignet, Gobley, Léon Soubeiran et Poggiale; contenant une Revue médicale, par le Dr Vigla, le Bulletin des travaux de la Société de pharmacie de Paris, et une Revue des travaux chimiques publiés à l'étranger par M. J. Nicklès, IIIe série, ayant été commencée en janvier 1842.

Le *Journal de pharmacie et de chimie* paraît tous les mois par cahiers de 5 feuilles. Il forme chaque année deux volumes in-8; des planches sont jointes au texte toutes les fois qu'elles sont nécessaires.

Prix de l'abonnement pour Paris et les départements........... 15 fr.

Journal de physiologie de l'homme et des animaux, publié sous la direction du Dr Brown-Séquard; ce journal paraît depuis le 1er janvier 1858, quatre fois par an, dans le format grand in-8. — Les quatre cahiers forment un volume de 700 pages avec planches et figures intercalées dans le texte.

Prix de l'abonnement : Paris, 18 fr.; départements, 20 fr.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE (Publications de l').

Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique. Tomes I à IV, grand in-4, avec planches. Chaque volume.......... 10 fr.

Mémoires des concours et des savants étrangers. Tomes I à IV et 1er fascicule du tome V, grand in-4. Chaque volume...... 10 fr.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.

La première série comprend 16 volumes et une table. Prix de chaque volume.. 6 fr.

La seconde série, commencée en 1858, est à son troisième volume. Prix des volumes de la seconde série et de l'abonnement à l'année courante. 10 fr.

PRIX DE L'ABONNEMENT AUX JOURNAUX

Publiés par la librairie VICTOR MASSON ET FILS.

NOMS DES PAYS.	ANNALES des Sciences Naturelles.	ANNALES de Chimie et de Physique.	GAZETTE Hebdomadaire.	JOURNAL de Pharmacie.	JOURNAL de Physiologie.	ANNALES Médico-Psychologiques et Société d'Acclimatation.
Paris	38	30	24	15	18	12
France et Algérie	40	34	24	15	20	14
Angleterre, Espagne, Portugal, Malte	44	36	27	17	21	15
Belgique	45	36	27	17	25	15
Bolivie, Californie, Chili, Pérou	56	40	36	21	22	17
Colonies, États-Unis du Nord, Australie, Brésil, Canada, Chine, Cuba, Mexique (voie d'Angleterre)	47	37	29	18	22	16
États romains	53	38	34	20	24	16
Royaume d'Italie	42	37	26	16	22	15
Grèce	44	36	27	17	22	15
Pays-Bas	44	35	27	17	22	15
Danemark	44	35	25	16	21	15
Autriche, Bavière, Bade, Prusse, Pologne, Russie, Saxe, Suède	45	35	28	18	21	15
Sicile	42	37	26	16	22	15
Suisse	45	36	25	16	21	15
Turquie, Syrie, Égypte	44	36	27	17	21	15

Corbeil. — Typographie de Crété.